Souvenirs respectueux

A. Pitres

LEÇONS CLINIQUES

SUR

L'HYSTÉRIE ET L'HYPNOTISME

BORDEAUX. — IMPR. G. GOUNOUILHOU, RUE GUIRAUDE, 11.
PARIS. — RUE DE RICHELIEU, 101.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

L'HYSTÉRIE

ET

L'HYPNOTISME

FAITES A L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX

PAR

A. PITRES

Professeur et Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Lauréat de l'Institut
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

OUVRAGE PRÉCÉDÉ

D'une Lettre-Préface de M. le Professeur J.-M. CHARCOT

TOME PREMIER

AVEC 75 FIGURES DANS LE TEXTE ET 6 PLANCHES HORS TEXTE

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1891

A M. le Professeur J.-M. CHARCOT

Membre de l'Institut

Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris

Officier de la Légion d'honneur, etc.

Je vous prie d'accepter, mon cher Maître, la dédicace de cet ouvrage en témoignage de la respectueuse admiration et de la profonde reconnaissance

de votre élève tout dévoué,

A. Pitres.

PRÉFACE

Mon cher Pitres,

Je viens de lire avec beaucoup d'intérêt et aussi avec un vif plaisir, je vous l'assure, « les bonnes feuilles » de vos *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.* Il était impossible à mon avis de condenser sous une forme plus heureuse et avec une meilleure méthode la longue série de travaux personnels que vous avez poursuivis pendant plus de dix ans, sans cesse et sans trêve, et que je puis vous féliciter aujourd'hui d'avoir menés à bonne fin.

J'ai cherché tout d'abord et non sans quelque émotion, je l'avoue, à reconnaître dans votre livre comment, devenu maître à votre tour — détaché de nous par conséquent et vivant désormais dans un milieu autre que celui où nous avons longtemps collaboré, — vous aviez envisagé les faits neuropathologiques qui, en raison de la nature de mon enseignement actuel, sont devenus l'un des principaux objets de mes préoccupations habituelles. Aussi n'est-ce pas sans une grande satisfaction que j'ai vu vos études confirmer, non seulement sur les points essentiels, mais encore le plus souvent jusque dans les détails les plus minutieux, les résultats obtenus à la Salpêtrière dans nos recherches faites sur les mêmes sujets.

On a plusieurs fois suspecté la légitimité de nos descriptions en objectant que les malades qui nous ont servi de modèles,

confinés dans un service spécial, ont dû par contamination réciproque subir une espèce d'entraînement et acquérir ainsi une symptomatologie étrange, compliquée à l'excès, qui ne répondrait pas aux types naturels. C'est ainsi qu'on a parlé, à la vérité toujours sans preuves, d'une hystérie propre à la Salpêtrière, hystérie artificielle, hystérie de culture, perfectionnée en quelque sorte par l'éducation, et qui ne s'observerait pas dans d'autres milieux. A ces critiques reposant uniquement sur des vues purement spéculatives, nous avons depuis longtemps répondu par l'exposé de faits cliniques nombreux, montrant par exemple que pour ce qui est relatif à la grande attaque d'hystérie, le rôle de l'« imitation », de la « suggestion », considérées comme modificateurs des apparences morbides, tout intéressant qu'il soit à étudier, n'est cependant, contrairement à ce qu'on a gratuitement avancé, que relativement restreint et fort limité[1]. Dans la réalité des choses les modifications produites par ces causes n'affectent que la surface; elles ne portent pas sur le fond, sur la trame, non plus que sur l'évolution générale des phénomènes morbides. « La charpente de l'édifice, comme le dit ingénieusement Paul Richer dans le beau livre que vous connaissez bien, reste partout la même; l'ornementation seule diffère. » Du même coup d'ailleurs on démontrait, toujours à l'aide de faits cliniques appropriés, que les règles qui président à la constitution et à l'évolution de l'attaque sont communes à la pratique d'hôpital et à celle de la ville; qu'elles sont valables pour tous les temps, pour tous les pays, chez toutes les races, et que les variations qu'elles subissent n'en affectent en rien l'universalité puisqu'elles peuvent toujours être rattachées logiquement au type fondamental.

Vos leçons viennent à leur tour, je suis bien heureux de le constater, prêter un puissant appui à la thèse que je défends.

[1] Voir Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie,* 3e partie, p. 339 à 505. 2e édition, 1885.

Elles prouvent, en effet, péremptoirement qu'en province, pourvu que le matériel neuropathologique dont on dispose soit suffisant pour permettre d'embrasser toutes ses formes, de reconnaître tous ses grands aspects, l'hystérie ne diffère en rien, absolument en rien, de ce qu'elle est chez nous, à Paris; et tout récemment ne montriez-vous pas qu'à Bordeaux, dans les services de clinique générale, les cas d'hystérie mâle, d'hystéro-traumatisme, d'hystéro-neurasthénie, ces nouveau-venus dans la nosographie neuropathologique, se présentent nombreux chez les artisans tout aussi bien qu'à la policlinique et dans le service spécial de la Salpêtrière.

Mais je ne saurais m'arrêter exclusivement aux sujets qui ont plus particulièrement fixé mon attention; je tiens à relever encore que vos études ont touché à tous les grands problèmes que soulève l'histoire de l'hystérie et de l'hypnotisme. Si elles ne les résolvent pas tous, elles ont du moins le mérite d'en exposer les termes avec netteté et de fournir des documents précis qui pourront, quand les temps seront venus, contribuer à leur solution; en particulier, vos leçons sur les *anesthésies,* les *tremblements hystériques,* les *spasmes rythmiques,* les *zones spasmogènes* et *hypnogènes,* les *suggestions hypnotiques,* les *attaques de contracture,* les *attaques de délire,* les *délires hystéro-hypnotiques provoqués,* etc.; toutes ces leçons, dis-je, représentent autant de monographies toujours excellentes et le plus souvent parfaitement originales : elles sont dignes, au premier chef, de provoquer les méditations des hommes de science.

Vous avez bien voulu, mon cher Pitres, inscrire mon nom en tête de votre ouvrage et évoquer le souvenir des années déjà lointaines où nous avons vécu côte à côte, en communion d'idées scientifiques. De tout cela je suis profondément touché et je vous remercie. Mais, croyez-moi, votre livre n'avait pas besoin de

patronage. Avec sa constitution saine et robuste, ses qualités d'exposition limpide et ingénieuse, sa richesse en documents de bon aloi, propres à intéresser les savants, les praticiens, les légistes eux-mêmes, il est de ceux qui sont marqués dès l'origine pour fournir une brillante carrière. En ce qui me concerne, c'est de grand cœur, vous pouvez le croire, que je lui souhaite tout le succès qu'il mérite d'obtenir.

Croyez-moi, etc.

Dr J.-M. CHARCOT.

Paris, le 9 février 1891.

AVANT-PROPOS

Les leçons qu'on va lire ont été faites de 1884 à 1890, au cours de clinique interne de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Elles ne forment pas un traité complet de l'hystérie et de l'hypnotisme, mais une série d'études épisodiques, entreprises au hasard du recrutement des malades et groupées, après coup, selon les rapports logiques de leurs sujets.

Elles ont été presque toutes publiées par divers journaux de médecine de Paris ou de la province (*Gazette médicale de Paris, Progrès médical, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, Tribune médicale, Bulletin médical, Revue générale de clinique et de thérapeutique, Revue de l'hypnotisme, Journal de médecine de Bordeaux, Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, Écho médical de Toulouse).*

La neurologie a fait dans ces derniers temps des progrès si rapides que beaucoup de notions, intéressantes par leur nouveauté en 1884 ou 1885, sont devenues aujourd'hui de connaissance vulgaire. Les leçons faites il y a cinq ou six ans ont été cependant reproduites à peu près intégralement dans leur texte primitif.

L'auteur remercie vivement toutes les personnes qui l'ont aidé à recueillir et à coordonner les documents cliniques qu'il a utilisés. Il est tout particulièrement reconnaissant à MM. les Drs J. Davezac, Rivals, H. Blanc-Fontenille et E. Bitot, chefs de clinique de la Faculté, et à MM. Arrou, Prioleau, Rivière et Lamacq, internes des hôpitaux, du concours très actif et très dévoué qu'ils lui ont toujours prêté.

MM. F. Panajou et G. Gounouilhou ont également droit à sa gratitude, le premier pour l'obligeance qu'il a mise à prendre les photographies de plusieurs de ses malades, le second pour les soins qu'il a apportés à l'impression de ses leçons.

A. P.

Bordeaux, le 25 février 1891.

LEÇONS CLINIQUES

SUR

L'HYSTÉRIE ET L'HYPNOTISME

PREMIÈRE LEÇON

DÉFINITION DE L'HYSTÉRIE

SOMMAIRE

I. Il est impossible de donner une définition nosologique précise de l'hystérie, cette névrose n'ayant ni lésions connues ni symptômes constants et pathognomoniques.

II. Caractères communs des accidents hystériques : *a*) ils ne sont pas sous la dépendance directe de lésions organiques; *b*) ils peuvent être provoqués, modifiés ou supprimés par des manœuvres externes ou par des causes psychiques; *c*) ils coexistent en nombre variable; *d*) ils se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets; *e*) ils ne retentissent pas gravement sur la nutrition générale et sur l'état mental des sujets qui en sont atteints.

III. Définition clinique de l'hystérie basée sur les caractères communs des accidents de cette névrose.

Messieurs,

J'ai formé le dessein de consacrer une série de leçons à l'*étude clinique de l'hystérie*.

C'est là un sujet d'actualité, sur lequel une foule de travaux récents, intéressant à des titres divers les physiologistes, les philosophes, les criminalistes, les historiens, les littérateurs, ont vivement attiré l'attention publique.

Mais c'est aussi, et surtout, un sujet de médecine pratique, dont la connaissance approfondie s'impose, comme une impérieuse

obligation professionnelle, à tous ceux qui sont appelés à exercer l'art de guérir.

« L'affection hystérique, écrivait Sydenham en 1681, n'est pas seulement très fréquente, elle se montre encore sous une infinité de formes diverses et elle imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain; car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes propres à cette partie, et si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique [1]. »

Ces paroles du clinicien anglais sont profondément vraies. Que d'erreurs de diagnostic et de pronostic, que de fautes graves de thérapeutique seraient évitées, si les médecins savaient toujours reconnaître la grande névrose sous les masques divers qu'elle peut revêtir!

Nous sommes encore loin de cet idéal; et parce que nous étudierons ensemble les quelques malades qui se présenteront cette année dans nos salles, je n'ai pas la présomption de croire que nous arriverons à l'infaillibilité en matière d'hystérie. Mais je suis bien certain que nous nous familiariserons avec des difficultés cliniques d'une réelle importance pratique.

I

Je voudrais, Messieurs, avant d'entrer en matière, limiter exactement le sujet que nous allons avoir à étudier ensemble, en vous donnant une définition claire et précise de l'hystérie. Mais ce n'est pas là une tâche facile. Tous les auteurs qui l'ont tentée ont échoué. Les formules qu'ils ont proposées sont manifestement insuffisantes ou erronées; aucune ne s'applique *toto et soli definito* [2].

[1] Sydenham, *Dissertation sur l'affection hystérique.*

[2] Pour justifier ce jugement, il suffira de rappeler quelques-unes des définitions données par les observateurs les plus autorisés :

« L'affection généralement désignée par les auteurs sous le nom d'*hystérie* est un état morbide du cerveau, sans fièvre, principalement caractérisé par une suspension ordinairement incomplète de ses fonctions sensoriales, intellectuelles et morales, avec des mouvements convulsifs plus ou moins généraux du système musculaire, lequel revient par accès, dans l'intervalle desquels cet organe n'offre le plus souvent que de légers désordres, et quelquefois aucun, avec peu ou point de troubles dans le reste de

Cela tient à des raisons faciles à comprendre. On définit ordinairement une maladie par l'indication de ses lésions essentielles ou par l'énumération rapide de ses symptômes caractéristiques. Or, l'hystérie n'a pas de lésions connues; c'est une névrose, c'est à dire une affection *sine materia*. D'autre part, ses symptômes sont extrêmement variables, et aucun d'eux ne peut être donné comme caractéristique.

En réalité, ce mot d'*hystérie* est un vocable abstrait par lequel on désigne, non pas un être pathologique à physionomie distincte et uniforme, mais une foule d'accidents nerveux, en apparence très différents les uns des autres, bien qu'ils appartiennent à une seule et même famille naturelle. « *Passio hysterica,* » disait Galien, « *unum nomen est, varia tamen et innumerabilia accidenta sub se comprehendit.* » Et Galien avait raison, car les cliniciens n'ont jamais affaire à l'*entité hystérie;* ils ne voient et ne traitent que des *accidents hystériques.*

Ces accidents se présentent avec des apparences très variées, mais ils ont quelques caractères communs qui permettent de reconnaître leur spécificité nosologique et qui pourraient à la rigueur servir de base à une définition clinique.

Ces caractères ne sont pas nombreux. Tout compte fait, on

l'organisme, surtout dans le commencement. » (Georget, *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau.* Paris, 1821, t. II, p. 261.)

« L'hystérie consiste en une névrose de l'appareil générateur de la femme, revenant par accès apyrétiques et offrant pour symptômes principaux un sentiment pénible de strangulation, la sensation d'une boule qui remonte de l'épigastre à la gorge, et souvent des convulsions accompagnées ou non de troubles sensoriaux ou intellectuels. » (Landouzy, *Traité complet de l'hystérie,* 2e édition. Paris, 1848, p. 16.)

« L'hystérie est une névrose du système nerveux cérébral, qui se manifeste plus ou moins brusquement par des crises de convulsions cloniques générales, et par la sensation d'un globe ascendant dans le trajet de l'œsophage, à l'extrémité supérieure duquel il vient se fixer, pour y causer une menace de suffocation imminente. » (Brachet, *Traité de l'hystérie.* Paris, 1847.)

« L'hystérie est une névrose de l'encéphale dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions. » (Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859.)

« Névrose cérébrale et ganglionnaire caractérisée par la sensation d'une boule épigastrique, suivie d'attaques convulsives cloniques, expansives, durant lesquelles l'intelligence et la sensibilité sont abolies ou diminuées; dans l'intervalle de ces accès on retrouve, à différents degrés, d'autres troubles de la sensibilité, de la motilité, de l'intelligence, qui servent également à la faire reconnaître. » (Monneret, *Traité élémentaire de pathologie interne.* 1864, t. I, p. 132.)

De ces définitions, les unes sont erronées, car elles rattachent à un trouble primordial de l'appareil générateur de la femme une maladie qui se développe fréquemment chez l'homme; les autres manquent de précision ou de clarté. Beaucoup d'auteurs modernes ne définissent pas l'hystérie, approuvant en cela l'aphorisme de Lasègue : « La définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. »

peut, ce me semble, les résumer dans les cinq propositions suivantes :

a) Les accidents hystériques sont la conséquence de troubles purement fonctionnels du système nerveux;

b) Ils peuvent être brusquement provoqués, modifiés ou supprimés par des influences psychiques ou par des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accidents similaires dépendant de lésions organiques;

c) Ils se montrent très rarement isolés; dans l'immense majorité des cas, certains stigmates latents coexistent avec les manifestations éclatantes de la névrose;

d) Ils n'ont pas d'évolution régulière; ils surviennent sans ordre préétabli, et se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets;

e) Ils n'ont habituellement pas sur la santé générale et sur l'état mental des sujets qui en sont atteints le retentissement profond qu'auraient des accidents similaires mais dépendant d'une autre cause.

II

Il est nécessaire de reprendre chacune de ces propositions, en y ajoutant quelques commentaires explicatifs.

a) *Les accidents hystériques sont la conséquence de troubles purement fonctionnels du système nerveux.*

Ils ne sont pas causés par des lésions organiques. Ils peuvent exister pendant des années sans que la structure des organes sur lesquels ils siègent en soit modifiée d'une façon appréciable. Les autopsies, dans les cas d'accidents hystériques purs, sont toujours négatives. Pour débarrasser certains malades de douleurs tout à fait intolérables, on a eu quelquefois recours à des opérations chirurgicales qui ont permis de constater *de visu* l'état des organes hyperesthésiés, et on a pu s'assurer ainsi que l'arthralgie, la coccygodynie, l'ovaralgie, la gastralgie hystériques n'étaient en rapport avec aucune altération de structure des articulations, des os, des ovaires ou de l'estomac endoloris.

Il peut arriver, il est vrai, que des accidents hystériques coexistent avec des lésions matérielles ou se développent à leur suite

comme s'il y avait entre eux un rapport de cause à effet. Il n'est pas rare, par exemple, qu'un traumatisme local soit suivi d'une paralysie ou d'une contracture franchement hystérique. Mais cela ne prouve pas sûrement que le trouble fonctionnel soit subordonné à la lésion matérielle. Celle-ci peut avoir été la cause occasionnelle de celui-là, sans être sa condition efficiente nécessaire. Et la preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que, dans les cas de ce genre, on voit souvent l'accident hystérique guérir avant que les lésions qui l'ont provoqué aient disparu, tandis que d'autres fois il persiste et s'aggrave malgré la guérison intégrale des lésions provocatrices.

b) Les accidents hystériques peuvent être brusquement provoqués, modifiés ou supprimés par des influences psychiques ou par des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accidents similaires dépendant de lésions organiques.

Pour démontrer cette proposition, je vais faire entrer quelques-unes des hystériques valides du service et vous rendre témoins des modifications qu'on peut provoquer dans leur état par des manœuvres de la plus grande simplicité.

En voici une qui est hémianesthésique gauche : je la pique profondément sur différents points du côté gauche du corps sans qu'elle éprouve la moindre douleur. Le côté droit, au contraire, a conservé toute sa sensibilité. Nous appliquons son avant-bras droit contre les pôles d'un fort aimant. Dans trois minutes, le côté gauche, qui était insensible, sera devenu sensible, et le côté droit, qui était sensible, sera devenu insensible.

Je tends la main à une deuxième malade, et je lui donne un *shake hand* un peu brusque. C'est une bien petite cause, et cependant elle a produit une contracture générale de tout le membre ébranlé par la secousse. Ce membre est devenu rigide; il est impossible d'en fléchir de force les différents articles; la malade ne peut lui faire exécuter aucun mouvement volontaire. Nous venons de créer là une infirmité des plus incommodes, qui persisterait peut-être plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois, si nous n'étions en mesure de la faire disparaître aussi facilement que nous l'avons produite. Je souffle brusquement, à plusieurs reprises, sur les téguments du membre contracturé, et vous voyez que la rigidité se dissipe, les jointures reprennent leur souplesse; la guérison est complète.

Voici une troisième malade dont la motilité volontaire est parfaite. Je lui dis avec autorité : « Vous êtes paralysée du bras droit, » et cela suffit pour provoquer une paralysie immédiate du membre supérieur droit. Ce membre pend maintenant inerte et flasque le long du corps ; la malade est incapable de le mouvoir, et elle en restera incapable pendant un laps de temps indéterminé, probablement fort long, à moins que je ne lui dise sur le même ton que tout à l'heure : « Vous n'êtes plus paralysée, vous pouvez remuer votre bras. »

Ainsi, Messieurs, l'anesthésie, la contracture, la paralysie et une foule d'autres accidents hystériques peuvent être provoqués ou supprimés, dans certains cas, par les causes les plus légères en apparence : par l'application d'un aimant, par la secousse brusque imprimée à un membre, par le souffle, par l'injonction pure et simple, et c'est là un des caractères les plus frappants et les plus fréquents des phénomènes qui dépendent de l'hystérie.

Mais je prévois une objection qui s'est peut-être déjà présentée à vos esprits. Si le médecin est armé de moyens si simples et si efficaces pour guérir les accidents hystériques, comment se fait-il qu'on rencontre fréquemment dans les hôpitaux ou dans la pratique civile des hystériques dont les paralysies, les contractures, les convulsions, etc., résistent pendant des mois et des années aux traitements les plus variés et les plus énergiques? Comment se fait-il, pourriez-vous me dire, que vous ayez vous-même, depuis plus de six mois, dans votre service, une hystérique paraplégique dont l'état est exactement aujourd'hui ce qu'il était le jour où la malade est entrée à l'hôpital? Ma réponse sera très catégorique. Il y a, en effet, des accidents hystériques rebelles à l'emploi des moyens thérapeutiques qu'on est habitué à diriger contre eux. Cependant ils n'échappent pas aux lois générales que nous venons de formuler, car un jour ou l'autre, brusquement, sous l'influence d'une émotion morale vive, d'un traumatisme ou de toute autre cause imprévue, ils peuvent disparaître instantanément, sans laisser de traces, sans convalescence, c'est-à-dire sans cette phase intermédiaire entre la santé et la maladie qui, dans toutes les affections organiques, correspond à la réparation progressive des lésions. Ces guérisons soudaines d'accidents hystériques ayant résisté à tous les traitements antérieurs sont loin d'être rares; elles se sont produites dans tous les temps et dans tous les pays, mais elles ont toujours été particulièrement fréquentes dans des

lieux auxquels l'imagination des peuples ou les superstitions religieuses ont attribué des pouvoirs surnaturels.

L'histoire nous a conservé des détails très curieux sur les guérisons miraculeuses opérées au XIIIe siècle sur le tombeau de saint Louis, et au XVIIe siècle sur le tombeau du diacre Pâris. Grâce aux documents assez précis qui nous sont parvenus, il est souvent possible de faire des diagnostics rétrospectifs et de se convaincre que la plupart des miraculés étaient de vulgaires hystériques.

A ce point de vue, l'hystérie n'a pas dégénéré : elle est restée la grande pourvoyeuse des cures imprévues et extraordinaires, la source inépuisable du merveilleux en thérapeutique. Aussi, pour éviter de regrettables erreurs, ne faut-il jamais déclarer incurable un accident hystérique, quand bien même cet accident aurait résisté pendant des années aux traitements les plus rationnels et les plus énergiques. Même dans les cas qui paraissent les plus invétérés, une émotion morale vive, une frayeur, une colère, une contrariété, un chagrin, une joie, peuvent provoquer tout à coup la guérison..., faire un miracle.

c) *Les accidents hystériques se montrent rarement isolés; dans l'immense majorité des cas, certains symptômes latents coexistent avec les manifestations éclatantes de la névrose.*

Cette coexistence de symptômes multiples est d'une importance capitale dans l'histoire clinique de l'hystérie. Il serait très souvent impossible de faire le diagnostic des accidents hystériques les plus nets, si, à côté d'eux, on ne trouvait quelques-uns des stigmates latents qui révèlent leur véritable nature.

Voici un homme qui est entré dans notre service pour une monoplégie du membre supérieur droit. C'est un ivrogne incorrigible. Il y a une dizaine de jours, étant ivre-mort, il fit une chute, s'endormit peu de temps après le long d'un chemin et se réveilla le lendemain matin avec une paralysie complète de l'avant-bras et de la main. Quelle est la nature de cette paralysie? Dépend-elle d'une lésion des centres nerveux, ou bien est-elle une manifestation hystérique? L'étude des symptômes de la paralysie elle-même ne permet pas de trancher la question. Les muscles impotents sont flasques, sans modifications de l'excitabilité électrique, sans exagération notable des réflexes tendineux. Tout cela pourrait coïncider aussi bien avec une paralysie organique ou une paralysie dynamique. Mais si nous cherchons les symptômes concomitants, les

stigmates, nous trouvons que notre malade est hémianalgésique de tout le côté droit du corps, qu'il a un rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels, que son réflexe pharyngien est aboli. Nous en concluons qu'il est hystérique et que sa paralysie est, selon toute vraisemblance, de nature hystérique.

Je sais bien qu'en bonne logique ce raisonnement n'est pas irréprochable. Il serait possible, à la rigueur, que notre homme eût à la fois des troubles sensitivo-sensoriels d'origine hystérique et des troubles paralytiques d'origine organique. Cependant les cas simples sont les plus communs, et, dans la pratique, les diagnostics fondés sur la convergence des symptômes sont encore les plus sûrs.

d) *Les accidents hystériques n'ont pas d'évolution régulière; ils surviennent sans ordre préétabli et se succèdent sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets.*

Rien n'est plus variable que la marche des accidents hystériques. Tantôt ils persistent immuables pendant des mois ou des années, tantôt ils se déplacent et se transforment incessamment. Le plus souvent ils surviennent par bourrasques sous l'influence de causes accidentelles; puis ils s'apaisent et disparaissent pour se reproduire à l'occasion de provocations nouvelles. Aussi les hystériques sont-ils perpétuellement en état d'instabilité morbide. Tel, que vous voyez aujourd'hui vigoureux et alerte, pourra demain être frappé de paralysie ou de contracture, souffrir des douleurs intolérables, ou vomir du sang à pleine cuvette, et tel autre, que vous trouvez un jour accablé, perclus, mourant, vous étonnera peut-être le jour suivant par la vivacité de son allure et la gaieté de son caractère.

Il en résulte que, lorsque les hystériques sont arrivés à un certain âge, leur histoire comporte d'ordinaire le récit d'une interminable série de maux. « *Hysteria,* » disait Rivière, « *non morbus simplex, sed morborum iliada.* » Prenez l'un ou l'autre de nos malades, interrogez-le sur ses antécédents morbides, et vous serez surpris du nombre des accidents qui ont, à diverses époques, troublé sa santé.

La plupart d'entre eux ont eu, dès leur enfance, des troubles nerveux intermittents : toux coqueluchoïdes, vomissements incoercibles, évanouissements fréquents; quelques-uns étaient somnam-

bules; d'autres étaient sujets à des congestions pulmonaires suivies ou non d'hémoptysies. Plus tard, les grands accidents hystériques se sont manifestés, et, à partir de ce moment, les attaques convulsives, l'anesthésie, les douleurs locales ou diffuses, les paralysies, les contractures, etc., se sont succédé sans aucune régularité apparente, à des intervalles variables, sous l'influence des causes occasionnelles les plus légères.

e) *Les accidents hystériques n'ont habituellement pas sur la santé générale et sur l'état mental des sujets qui en sont atteints le retentissement qu'auraient des accidents semblables, mais dépendants d'une autre cause.*

Quelques exemples vous feront comprendre l'importance clinique de cette proposition.

M. Charcot[1] a depuis longtemps insisté sur l'innocuité de l'état de mal hystérique comparativement à l'excessive gravité de l'état de mal épileptique ou éclamptique. Quand les convulsions épileptiques ou éclamptiques se reproduisent à de courts intervalles, elles s'accompagnent d'une élévation rapide de la température du corps. En même temps que la température s'élève, la langue devient sèche, le visage se couvre de sueurs profuses, et l'on voit se développer une sorte d'état typhoïde dont le pronostic est fatal à courte échéance. Rien de semblable dans l'état du mal hystérique. Les attaques convulsives dépendant de l'hystérie peuvent se reproduire sans trêve, sans repos, pendant plusieurs jours consécutifs, sans que la vie soit en danger. MM. Ballet et Crespin[2] ont rapporté récemment une observation des plus démonstratives à ce sujet. Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans qui eut, dans une période de vingt jours consécutifs, huit mille attaques hystériques à type épileptiforme, et un peu plus tard, dans une période de vingt-six jours, vingt-un mille sept cent huit attaques. Malgré cette énorme fréquence des attaques, la température de son corps ne s'éleva pas sensiblement au-dessus de la normale; elle ne cessa d'osciller entre 37°2 et 37°9; et la malade survécut.

Autre exemple : L'anurie, lorsqu'elle survient dans le cours des maladies du cœur, dans les affections rénales, dans les empoi-

[1] Charcot, *De l'ischurie hystérique* (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, 3e édition. Paris, 1877, t. I, p. 275).

[2] Ballet et Crespin, *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle* (*Archives de neurologie*, septembre 1884, t. VIII, p. 129).

sonnements, etc., est un symptôme d'une extrême gravité, et si la sécrétion urinaire ne reprend pas son cours régulier, les malades meurent d'urémie après un temps qui varie de quelques heures à cinq ou six jours en moyenne. Chez les hystériques, au contraire, l'anurie peut persister pendant des semaines sans que la santé générale soit sérieusement altérée, sans que l'existence soit menacée.

Je pourrais vous citer beaucoup d'autres symptômes dont la signification pronostique, toujours grave en dehors de l'hystérie, devient relativement bénigne quand l'hystérie en est la cause. L'anorexie absolue, les vomissements répétés, la céphalée persistante, l'hémoptysie, l'hématémèse, les paralysies des membres, etc., sont de ce nombre.

L'indifférence avec laquelle les femmes hystériques supportent les accidents qui les frappent est tout à fait remarquable. Rien n'altère profondément et d'une façon durable leur sérénité. Les malades atteints d'hémiplégie ou de paraglégie organique sont habituellement attristés, inquiets de leur état; ils songent avec terreur à l'avenir qui leur est réservé; ils s'alarment de la durée de leur maladie; ils craignent de ne pas guérir. L'hystérique, au contraire, ne s'inquiète de rien; aucun accident ne l'effraie. Il semble qu'elle ait la certitude absolue de sa curabilité. Elle vomit des flots de sang sans en être émue. Elle ne se croit jamais sérieusement malade. Chez elle, comme chez l'enfant, le rire est toujours près des larmes, et souvent, au milieu des souffrances les plus violentes, elle surprend les personnes qui l'entourent par la vivacité de ses réponses, par la frivolité de ses préoccupations, par le souci qu'elle prend de sa toilette et de ses attitudes.

J'insiste, Messieurs, sur cette dernière particularité du caractère des hystériques; elle a, si je ne me trompe, une réelle importance pratique. Le médecin ne doit négliger aucun détail d'observation, si futile qu'il puisse paraître, et j'affirme que, dans certains cas de diagnostic difficile, une fleur coquettement placée dans les cheveux ou sur la poitrine des malades, un ruban artistement noué autour de leur cou, ont presque la valeur de signes révélateurs de l'hystérie.

Le sentiment de la propreté et de la coquetterie est un des premiers à disparaître dans les maladies organiques des centres nerveux; c'est le dernier qui persiste chez les hystériques.

III

A défaut d'une définition nosologique dont la formule n'est pas encore trouvée, les considérations que je viens de développer devant vous peuvent servir de base à une définition clinique ainsi conçue :

L'hystérie est une névrose dont les accidents très variés ont pour caractères communs : a) *de ne pas être sous la dépendance directe de lésions organiques;* b) *de pouvoir être provoqués, modifiés ou supprimés par des manœuvres externes ou par des causes purement psychiques;* c) *de coexister en nombre variable;* d) *de se succéder sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets;* e) *de ne pas retentir gravement sur la nutrition générale et sur l'état mental des malades qui en sont atteints.*

Cette définition établit des lignes de démarcation suffisamment précises entre l'hystérie et les autres maladies, organiques ou non, du système nerveux. Elle a, en outre, l'avantage de comporter des applications pratiques; c'est une sorte de programme qui peut servir de guide dans les recherches cliniques. Quand vous vous trouverez en présence d'un accident dont vous soupçonnerez la nature hystérique, recherchez si cet accident peut être légitimement expliqué par une lésion organique coexistante; s'il est accessible aux influences physiques ou psychiques qui modifient la plupart des symptômes hystériques; s'il a été précédé ou s'il est accompagné d'autres accidents manifestement hystériques; s'il a eu pour effet de déterminer des troubles graves de la nutrition générale et de l'état mental du malade qui en est porteur; et quand vous aurez obtenu une réponse à ces différentes questions, votre diagnostic sera, dans la majorité des cas, établi.

DEUXIÈME LEÇON

ÉTIOLOGIE DE L'HYSTÉRIE

(Causes prédisposantes.)

SOMMAIRE

I. L'hystérie est très fréquente. Elle n'est pas, ainsi que le croient les gens du monde, la conséquence du libertinage des mœurs. Elle atteint les deux sexes. Elle est plus commune dans le sexe féminin. Elle éclate le plus souvent : chez les femmes, entre dix et vingt-cinq ans ; chez l'homme, entre vingt-cinq et quarante ans.

II. Rôle de l'hérédité dans la prédisposition à l'hystérie.

III. La complexité des conditions héréditaires explique l'association fréquente de l'hystérie avec d'autres névroses (neurasthénie, épilepsie, vésanies, etc.).

IV. Symptômes révélateurs des tendances névropathiques chez les enfants prédisposés à l'hystérie.

MESSIEURS,

L'étiologie de l'hystérie a été étudiée depuis longtemps, avec un soin extrême, principalement par les auteurs français.

Georget a tracé de main de maître, en 1824, dans un substantiel article du *Dictionnaire de médecine*, la formule des principales lois qui président au développement de la grande névrose.

Briquet, en 1859, a repris la question dans un des chapitres les plus instructifs de son remarquable ouvrage. En se basant sur l'analyse de quatre cent trente observations originales, il a pu déterminer la part prépondérante qui revient à l'hérédité névropathique et aux émotions morales dans la production des accidents hystériques. Il a également, plus que tout autre, contribué à déraciner le préjugé qui rattachait l'hystérie à un état morbide primordial de l'appareil génital de la femme.

Enfin, dans ces dernières années, M. Charcot a complété les recherches de ses prédécesseurs. Dans ses leçons cliniques et dans les mémoires publiés par ses élèves, MM. Marie, Berbez, Guinon, etc.,

il a démontré la fréquence de l'hystérie masculine et mis au-dessus de toute contestation l'influence pathogénique des traumatismes et de certaines intoxications.

Je voudrais essayer de vous faire connaître ce que ces travaux nous ont appris de positif sur les causes de la névrose hystérique.

I

L'hystérie est une maladie très fréquente. De tout temps, elle paraît avoir sévi avec intensité sur l'espèce humaine. Les épidémies de démonopathie, le délire de la sorcellerie, qui prirent du XIIIe au XVIIe siècle les proportions d'un véritable fléau, n'étaient autre chose que des manifestations hystériques. Sydenham écrivait à la fin du XVIIe siècle que l'affection hystérique est la plus fréquente de toutes les maladies chroniques [1].

L'hystérie n'est donc pas, ainsi que le répètent inconsidérément de prétendus moralistes, une maladie de notre fin de siècle et un produit de notre civilisation raffinée. Elle n'a, du reste, soit dit en passant, rien de commun avec cette névrose de fantaisie, faite d'érotisme et de cabotinage, dont on trouve la description complaisante dans certains romans contemporains.

Et, à ce propos, laissez-moi vous mettre en garde contre une opinion erronée très répandue parmi les gens du monde.

Beaucoup de personnes s'imaginent que l'hystérie est le résultat de besoins génitaux d'une excessive intensité, l'expression pathologique du tempérament érotique, la conséquence et le châtiment du libertinage des mœurs.

Ce préjugé, qui dérive directement des opinions professées par les auteurs anciens relativement à l'intervention active et pour ainsi dire personnelle de la matrice dans la production des troubles nerveux, ce préjugé, dis-je, est si profondément enraciné dans l'esprit public, que dans certaines familles le médecin n'ose pas

[1] Sydenham, *Dissertation sur l'affection hystérique*. « L'affection hystérique, dit-il, autrefois appelée les *vapeurs hystériques*, est, si je ne me trompe, la plus fréquente de toutes les maladies chroniques. Et comme les fièvres avec leurs dépendances, étant comparées avec les maladies chroniques, font deux tiers par rapport à un, de même les affections hystériques font la moitié de ce troisième tiers, c'est-à-dire la moitié des maladies chroniques. En effet, il est très peu de femmes qui en soient entièrement exemptes, à l'exception de celles qui sont accoutumées à une vie dure et laborieuse. Or les femmes font la moitié des adultes. Et même entre les hommes, beaucoup de ceux qui s'attachent à l'étude et mènent une vie sédentaire sont sujets à la même maladie. »

prononcer le mot d'*hystérie,* comme s'il s'agissait là d'une maladie honteuse, comme si une honnête femme ou une fille vertueuse ne pouvait être hystérique.

Pour vous prouver que je n'exagère pas, il me suffira de vous rappeler un fait qui s'est passé tout récemment dans nos salles. Une jeune fille de seize ans avait été admise d'urgence dans le service pour des attaques convulsives dont la nature hystérique ne pouvait être douteuse. Trois jours après son entrée, sa mère vint la voir et, apprenant que nous avions porté le diagnostic d'*hystérie,* elle entra dans une grande colère et retira aussitôt son enfant de l'hôpital, en disant avec fureur à qui voulait l'entendre que sa fille était honnête, qu'il était dès lors impossible qu'elle fût hystérique et que nous avions agi avec une bien coupable légèreté en la déclarant atteinte d'une pareille maladie.

Cette mère était imbue du préjugé auquel je faisais allusion il y a un instant. Elle croyait à l'origine génitale de l'hystérie; elle pensait que l'inconduite est la cause habituelle de la grande névrose.

Or, il faut que vous le sachiez et que vous puissiez le proclamer hautement à l'occasion, ces théories surannées ne reposent sur aucun fondement sérieux. Les recherches de Briquet en ont depuis longtemps fait justice. L'observation de tous les jours démontre que certaines hystériques sont d'une irréprochable moralité et qu'il n'y a aucun rapport constant entre le vice et l'hystérie.

Parmi les malades qui se trouvent en ce moment réunies dans nos salles, trois sont encore vierges et pures; deux sont d'excellentes mères de famille; plusieurs ont contracté des liaisons illégales, sans avoir pour cela des instincts pervers ou des entraînements passionnels violents; trois seulement sont livrées au libertinage et recherchent avec ardeur les plaisirs vénériens.

Les excitations génitales et le dévergondage des mœurs ne paraissent donc pas jouer dans l'étiologie de l'hystérie le rôle prépondérant que leur attribuaient les auteurs anciens et que leur attribuent encore aujourd'hui les gens du monde. On peut être profondément corrompu sans être hystérique, de même qu'on peut être foncièrement hystérique sans être corrompu.

Au reste, l'hystérie n'est pas, comme on le croyait autrefois, une affection spéciale au sexe féminin. L'homme est souvent atteint de cette névrose. Sur un total de 525 malades du sexe masculin examinés par M. Marie[1] à la consultation du bureau central

[1] *Progrès médical,* 27 juillet 1889.

d'admission des hôpitaux de Paris, il y avait 28 hystériques (soit 5 pour 100), ce qui constitue un chiffre considérable.

On n'est pas encore exactement fixé sur la proportion relative des cas d'hystérie chez l'homme et chez la femme. Briquet a observé 204 cas d'hystérie féminine et 11 seulement d'hystérie masculine, d'où il résulterait que le nombre des hystériques femmes serait vingt fois plus grand que celui des hystériques hommes.

Mais à l'époque où Briquet faisait ces observations, l'hystérie masculine avait été fort peu étudiée; on ne la diagnostiquait que dans les cas où elle se traduisait par des symptômes exceptionnellement éclatants; on la méconnaissait très souvent. Aussi est-il impossible de considérer comme exacte la proportion indiquée par cet auteur.

Le relevé statistique des cas d'hystérie observés dans notre service depuis cinq ans constitue un document qui se rapproche probablement davantage de la réalité. Sur 100 hystériques que nous avons eu à traiter dans nos deux salles[1], nous trouvons 31 hommes et 69 femmes, ce qui fait à peu près un rapport de 1 à 2.

Ainsi que l'a très justement fait remarquer M. Charcot, il ne faut pas s'attendre à ne rencontrer l'hystérie mâle que chez des sujets imberbes, timides, chétifs et présentant les attributs extérieurs du féminisme. On l'observe souvent, au contraire, chez de gros gaillards, vigoureux, habitués à des travaux grossiers et n'ayant ni l'esprit cultivé ni l'imagination ardente.

Le plus souvent c'est après la puberté que la maladie éclate. Le tableau suivant indique l'âge auquel elle s'est développée chez nos cent malades :

	Hommes.	Femmes.	Total.
De 6 à 10 ans	1	1	2
11 à 15 —	4	12	16
16 à 20 —	6	34	40
21 à 25 —	2	18	20
26 à 30 —	4	4	8
31 à 35 —	8	0	8
36 à 40 —	5	0	5
41 à 45 —	0	0	0
46 à 50 —	1	0	1
	31	69	100

Il ressort de l'examen de ce tableau que l'hystérie est plus précoce chez la femme que chez l'homme. Elle se développe

[1] Une salle d'hommes de 40 lits et une salle de femmes de 36 lits.

surtout chez la femme entre onze et vingt-cinq ans, et chez l'homme entre vingt-six et quarante ans.

Dans quelques cas, tout à fait exceptionnels, l'hystérie s'est montrée avec tous ses symptômes caractéristiques chez des enfants de quatre ou cinq ans ou chez des vieillards ayant dépassé la soixantaine. Mais ce sont là des raretés, des curiosités pathologiques dont il n'y a pour ainsi dire pas lieu de tenir compte dans la pratique courante.

Les premiers accidents se développent habituellement sous l'influence d'une cause occasionnelle futile, d'une émotion morale par exemple, ou d'un traumatisme ou d'une intoxication. Cependant tous les gens qui se mettent en colère, qui font une chute, qui boivent à l'excès, ne deviennent pas nécessairement hystériques. Au-dessus des causes déterminantes il y a, en effet, des causes prédisposantes dont le rôle est extrêmement important et dont nous allons nous occuper.

II

De toutes les causes prédisposant à l'hystérie, l'hérédité est la plus commune et probablement aussi la plus efficace. La plupart des auteurs modernes sont d'accord sur ce point. Georget, Briquet, Bernutz, Charcot, déclarent tous que l'hystérie est une maladie héréditaire au premier chef, et l'occasion de vérifier cette assertion est si fréquente dans la pratique qu'on ne s'explique pas qu'il puisse y avoir des divergences d'opinion à ce sujet. On ne comprend pas, par exemple, comment un médecin jouissant d'une grande notoriété, M. Russel Reynolds, a pu écrire, dans un *Traité de pathologie médicale* très répandu en Angleterre, que « l'hérédité ne paraît avoir aucune influence sur le développement de l'hystérie »[1].

Cette manière de voir est en opposition formelle avec les résultats de l'observation clinique. Presque tous les hystériques comptent, en effet, dans leurs ascendants directs ou collatéraux, des sujets atteints de troubles plus ou moins sérieux du système nerveux; presque tous sont des *héréditaires*.

[1] « Hereditary taint has not been shown to exert any marked influence in the development of hysteria. » (*A system of medicin*, edited by Russel Reynolds, article *Hysteria*. London, t. II, 1868, p. 306.)

Quelquefois l'hérédité est *similaire,* c'est-à-dire que des parents hystériques donnent naissance à des enfants hystériques. « *In feminis,* disait Hoffmann, *malum hystericum in liberos per nativitatem transire, constantis semper et perpetuæ fuit experientiæ.* » D'après les statistiques de Briquet, « les sujets nés de parents hystériques sont, par le fait de l'hérédité, douze fois plus prédisposés à l'hystérie que les sujets nés de parents non hystériques. » Il est clair, ajoute Briquet, que plus l'hystérie aura eu d'intensité chez les parents, plus les enfants auront de chances de devenir eux-mêmes hystériques [1].

L'hérédité similaire ne s'observe cependant que dans un tiers des cas d'hystérie : cent trois fois sur trois cent vingt-sept cas, d'après les statistiques de Briquet.

Mais l'hérédité similaire ne représente pas tous les modes possibles de la transmission héréditaire. On admet généralement aujourd'hui que les névroses peuvent se modifier ou se transformer en passant des ascendants aux descendants. Un épileptique, par exemple, n'engendre pas nécessairement des épileptiques; il peut aussi donner le jour à des enfants aliénés ou idiots. L'hystérie n'échappe pas à cette loi de l'*hérédité dissemblable* des maladies du système nerveux. Elle peut être, par voie de transformation héréditaire, le produit d'une autre névrose ou de l'une quelconque des nombreuses formes des dégénérescences physiques ou psychiques qui entrent à un titre quelconque dans la *famille névropathique.* Aussi trouve-t-on dans les ascendants de beaucoup d'hystériques des épileptiques, des aliénés, des originaux, des violents, des superstitieux, des neurasthéniques, des débauchés ou encore des malades affectés de certaines lésions organiques des centres nerveux.

Briquet conclut de ses statistiques que « les hystériques ont 25 pour 100 de parents atteints de maladies nerveuses ou d'affections de l'encéphale », tandis que « les sujets non hystériques n'ont que 2 et 1/8 pour 100 de ces parents ». (*Loc. cit.*, p. 90.)

En ne tenant compte que des faits que j'ai eu l'occasion d'observer, je serais disposé à croire que la proportion indiquée par Briquet est encore au-dessous de la réalité. Vous pourrez en juger en prenant connaissance des antécédents héréditaires des malades traités actuellement dans notre salle des femmes.

[1] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859, p. 90.

Écoutez le résumé succinct de leur généalogie :

OBSERVATION I. — Élisa G..., dix-neuf ans, femme de chambre. *Père* épileptique. *Mère* d'un caractère extrêmement violent. Une *sœur jumelle* de la malade est hystérique. Sa *sœur aînée* est sujette à des attaques convulsives avec perte de connaissance.

OBS. II. — Marie M..., vingt-trois ans. *Père* violent, s'irritant à tout propos, toujours en colère. *Mère* bien portante, d'un caractère très doux. La *sœur aînée* de la malade est sujette à des attaques convulsives survenant à l'occasion des moindres contrariétés.

OBS. III. — Alice S..., lingère, vingt-sept ans. *Père* très irascible. *Mère* sujette à des névralgies et à des attaques convulsives se terminant par des sanglots. Une sœur de la malade est franchement hystérique.

OBS. IV. — Théophile S..., vingt-deux ans. *Père* rhumatisant, d'un caractère très emporté. *Mère* violente, sujette à des attaques de nerfs. Une *tante* de la malade est hystérique et somnambule. Une de ses *sœurs* est hystérique.

OBS. V. — Anaïs L..., tailleuse, dix-huit ans. *Père* laborieux et sobre, devenu fou à quarante-sept ans et mort trois mois après dans un asile d'aliénés. *Mère* très nerveuse, très excitable, sujette depuis sa jeunesse à des névralgies intercostales, n'a cependant jamais eu d'attaques de nerfs. Une *sœur* de la malade est très nerveuse. Deux *frères* sont bien portants.

OBS. VI. — Amélie H..., vingt-trois ans. *Père* d'un caractère doux, mort à quarante-six ans d'une maladie de poitrine, après être resté pendant seize ans hémiplégique du côté droit. *Grand-père* maternel mort d'un asthme à l'âge de soixante-dix ans. *Grand'mère* maternelle très nerveuse, sujette à des attaques de nerfs. *Mère* tracassière, excentrique, souffrant souvent de névralgies et ayant assez fréquemment des attaques convulsives. Un *frère aîné* de la malade, âgé de vingt-cinq ans, est original et violent. Un autre *frère* plus jeune est très emporté et a des attaques de nerfs.

OBS. VII. — Marie-Louise G..., dix-huit ans. *Père* très irascible. *Mère* bien portante. *Grand-père* paternel mort de paralysie, était sujet à des attaques de nerfs sur les caractères desquelles on n'a pas de renseignements précis. Une *sœur* de la malade, âgée de quinze ans, est nerveuse, impressionnable, tremblant à la moindre émotion.

OBS. VIII. — Élisabeth R..., vingt-huit ans. *Père* nerveux, violent, s'irritant pour les motifs les plus futiles. *Mère* morte phtisique. Un *oncle* de la malade est un original et un lubrique. Son *frère* et sa *sœur* jouissent d'une bonne santé.

OBS. IX. — Jeanne M..., vingt et un ans. *Père* bien portant, sobre, d'un caractère calme et sérieux. *Mère* extrêmement violente. Elle ne paraît pas avoir eu d'attaques de nerfs, mais elle est originale et fait abus du café dont elle boit plus d'un litre par jour.

OBS. X. — Marie A..., dix-neuf ans. *Père* sujet à des accès de somnambulisme spontané. *Mère* violente, brutale.

OBS. XI. — Élisabeth M..., vingt-trois ans. *Père* violent, sujet à des

névralgies. *Mère* d'un caractère indolent. Une *tante paternelle* est très irritable et a de temps en temps de grandes attaques de nerfs.

Obs. XII. — Éléonore L..., dix-sept ans. *Père* débauché, ivrogne, a eu plusieurs attaques de délirium tremens. *Mère* bonne, douce, bien portante.

Obs. XIII. — Berthe M..., dix-neuf ans. *Grand-père* paternel alcoolique. *Grand'mère* nerveuse, irritable. *Père* buvait de l'absinthe à hautes doses et s'enivrait très fréquemment. *Mère* sujette à de grandes attaques convulsives. *Sœur* hystérique.

Ainsi, parmi les 26 ascendants directs et immédiats (pères et mères) de nos 13 malades, nous trouvons 4 hystériques, 1 épileptique, 9 violents, 1 hémiplégique, 1 aliéné, 1 somnambule, 1 alcoolique, 1 absinthique et 1 névropathe sans attaques convulsives, ce qui fait au total 20 sujets atteints d'accidents nerveux sur 26 personnes.

L'influence de l'hérédité est tout aussi évidente dans l'hystérie masculine que dans l'hystérie des femmes. M. E. Batault, qui a étudié récemment cette question, est arrivé à des conclusions tout à fait démonstratives [1]. Sur 100 observations d'hystérie mâle, dans lesquelles l'état de santé des ascendants se trouve mentionné, l'hérédité pathologique est manifeste 77 fois, c'est-à-dire dans plus des trois quarts des cas.

Les observations recueillies dans notre service confirment pleinement ces données. Sur 31 hystériques mâles traités dans nos salles, 26 appartiennent manifestement, par leur hérédité, à la famille névropathique; ils comptent dans leurs ascendants des hystériques, des épileptiques, des aliénés, des ivrognes, des impulsifs, etc.

En voici quelques exemples :

Obs. XIV. — Guil..., trente-six ans, gaziste, entré à l'hôpital pour une monoplégie hystéro-traumatique du membre supérieur droit, a un *grand-père* très nerveux, un *père* violent, une *mère* hystérique et une *tante* sujette à des attaques de nerfs.

Obs. XV. — Log..., trente-neuf ans, atteint de monoplégie hystéro-traumatique du membre supérieur gauche, descend d'un *père* très violent et d'une *mère* asthmatique. Un de ses *oncles* et deux de ses *cousins* sont affectés d'asthme nerveux.

Obs. XVI. — Lebl..., trente et un ans, atteint également d'une monoplégie hystéro-traumatique, est né d'un *père* alcoolique et d'une *mère* hystérique et aliénée.

[1] Émile Batault, *Contr. à l'étude de l'hystérie chez l'homme*. Th. doct., Paris, 1885.

Obs. XVII. — Car..., vingt-six ans, traité pour des accidents hystéro-saturnins, est le fils d'un *père* alcolique et brutal qui est mort dans un asile d'aliénés, et d'une *mère* sujette à des attaques de nerfs.

Obs. XVIII. — Yo..., cinquante et un ans, admis à l'hôpital avec une chorée saltatoire, compte parmi ses ascendants : un *père* alcoolique et violent, une *mère* et une *sœur* très nerveuses, une *cousine* franchement hystérique.

Les autres sont à peu près dans les mêmes conditions.

Je n'ai fait allusion jusqu'ici qu'à l'hérédité névropathique. C'est, en effet, la plus importante, mais son influence paraît être singulièrement augmentée quand elle se combine avec celle de certains états constitutionnels, par exemple de l'arthritisme. Au dire de plusieurs auteurs, l'arthritisme serait le terrain favorable par excellence au développement des névroses, et dans l'arbre généalogique des maladies il devrait être représenté par un tronc dont l'hystérie, la neurasthénie, la chorée, etc., figureraient les branches principales.

On a dit aussi que l'hystérie pouvait être une manifestation héréditaire des diathèses scrofuleuse ou tuberculeuse. M. Grasset a défendu cette opinion avec le talent que vous lui connaissez. D'après lui, des parents scrofuleux ou tuberculeux donneraient souvent le jour à des enfants névropathes ou hystériques, lesquels, à leur tour, engendreraient fréquemment des scrofuleux ou des tuberculeux [1].

Je me contente de vous indiquer ces idées sans insister sur les discussions qu'elles pourraient soulever.

III

La complexité très grande et la variabilité des conditions héréditaires d'où dérive la prédisposition à l'hystérie, expliquent les différences qu'on observe dans l'état mental et le caractère des hystériques. Dans les cas les plus simples, l'hystérie n'est accompagnée d'aucun trouble psychique; dans d'autres cas, au contraire, elle coexiste avec des anomalies intellectuelles ou morales tout à fait analogues à celles qui caractérisent les diverses formes de la

[1] Grasset, *Des rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse* (*Montpellier-Médical*, 1884).

folie héréditaire. Ces anomalies ne sont pas subordonnées à la névrose, elles lui sont surajoutées. Elles ne dépendent pas de l'hystérie, elles la compliquent. L'hystérie et la folie héréditaire sont, en somme, deux états morbides distincts; mais, comme ils proviennent tous deux de la même source, ils se trouvent fréquemment réunis chez les mêmes sujets. C'est pourquoi les hystériques manquent si souvent de cet équilibre moral qui est la marque de la santé psychique; c'est pourquoi vous trouvez parmi eux des mystiques, des émotifs, des violents, des débauchés, des impulsifs, des suicides, des agoraphobiques, quelquefois même des aliénés dangereux qu'on est obligé de tenir enfermés dans les asiles spécialement affectés au traitement des maladies mentales; c'est pourquoi aussi on ne doit pas accepter sans réserves les descriptions faites par certains auteurs du caractère et de l'état mental des hystériques. A mon avis, il n'y a pas d'état mental propre à l'hystérie, il y a seulement des associations morbides fréquentes par le fait desquelles toutes les formes possibles de la dégénérescence héréditaire peuvent coexister avec l'hystérie.

Une des combinaisons morbides les plus communes est celle de l'hystérie avec cette névrose complexe qu'on a désignée sous les noms de *névrospasmie*, *nervosisme*, *hystéricisme*, *hystérie vaporeuse*, *irritation spinale*, *névropathie protéiforme*, *névropathie cérébro-cardiaque*, *faiblesse irritable du système nerveux*, etc., et qu'on appelle habituellement aujourd'hui *neurasthénie*. Beaucoup de médecins ont le tort grave de confondre sous le nom collectif d'*accidents hystériques* tous les troubles fonctionnels du système nerveux qu'ils observent chez les femmes. Cette façon de procéder simplifie singulièrement le diagnostic, mais elle suppose, entre des groupes symptomatiques très différents les uns des autres, une identité de nature et d'évolution qui n'est pas confirmée par l'observation clinique. En réalité, l'hystérie et la neurasthénie sont des maladies bien distinctes qui peuvent se trouver éventuellement réunies chez certains sujets, tout en conservant leur individualité pathologique.

Je pourrais en dire autant de l'association, assez rare du reste, de l'hystérie et de l'épilepsie. M. Charcot a montré que, chez les sujets atteints à la fois de ces deux maladies, chacune des névroses se manifestait par des symptômes propres, et qu'il ne résultait pas de leur coexistence une espèce hybride tenant à la fois de l'une et de l'aure.

Dans la pratique, il n'est pas inutile de rechercher et de reconnaître ces diverses alliances morbides de l'hystérie. Le pronostic et le traitement varieront, en effet, selon qu'il s'agira d'hystérie simple ou d'hystérie compliquée de folie héréditaire, de neurasthénie ou d'épilepsie.

IV

Je désire attirer maintenant votre attention sur la série des accidents névropathiques que présentent très fréquemment, pendant leur enfance, les sujets destinés à devenir plus tard hystériques.

Ces accidents, dont le diagnostic est quelquefois difficile, ont été explicitement signalés par Georget en 1824. La plupart des hystériques, dit cet auteur, « ont montré, dès le bas âge, des dispositions aux affections convulsives, un caractère mélancolique, colère, emporté, impatient, susceptible : quelques-uns ont eu alors des attaques de catalepsie, des migraines, des serrements de gosier, des étouffements [1]. »

L'observation clinique confirme complètement les opinions émises par Georget. La plupart des malades prédisposés à l'hystérie et destinés à devenir franchement hystériques ont, pendant leur enfance, des accidents nerveux variés. Le nombre de ces accidents est même plus considérable que ne l'a indiqué Georget. A côté des attaques de catalepsie, des serrements de gorge, des étouffements explicitement signalés par cet observateur, il faut placer, si je ne me trompe, certaines variétés de toux sèche quinteuse, coqueluchoïde, arrivant par accès et persistant pendant des jours, des semaines ou des mois, malgré les traitements qu'on lui oppose.

Les crises de vomissements survenant sans causes appréciables ou à l'occasion d'émotions morales, les crises de hoquet, les crises de palpitations de cœur, les terreurs nocturnes des enfants, la céphalée des adolescents, ont vraisemblablement la même signification.

Certaines formes de congestion pulmonaire, avec ou sans hémoptysie, certaines hémorragies nasales ou gastriques paraissent également devoir être rangées parmi les accidents névropathiques

[1] Georget, article *Hystérie* du *Dictionnaire de médecine*, 1824, t. XI, p. 532.

de l'enfance, au même titre que les accès de somnambulisme spontané, les contractures ou les paralysies temporaires des membres, les anesthésies sensitives ou sensorielles, les névralgies et les douleurs articulaires d'apparence rhumatoïde.

Presque tous nos malades ont présenté quelques-uns de ces accidents :

Obs. XIX. — Élisa G... a eu dans sa première enfance des convulsions suivies de rigidité des membres. Plus tard elle est devenue sujette à des hoquets qui duraient quelquefois toute une journée. Elle avait un caractère violent, acariâtre, taquin. Elle était souvent punie, et quand cela arrivait elle avait de petites attaques de nerfs caractérisées par des malaises, des envies de pleurer et par la sensation d'une boule qui, partant du flanc gauche, remontait vers le cou et l'étranglait. Il n'y avait cependant pas de convulsions ni de pertes de connaissance.

Obs. XX. — Amélie H... a eu des maux de tête persistants qui ont fait craindre une méningite, et plus tard des vomissements de sang se reproduisant tous les matins pendant quinze mois consécutifs.

Obs. XXI. — Alice S... a été incommodée par des épistaxis très fréquents. Elle était tracassière, susceptible, émotive; elle pleurait ou riait sans motifs; elle aimait à taquiner ses compagnes. Quand on lui faisait des observations, elle se mettait dans des colères violentes, trépignait et se roulait par terre. A quatorze ans, elle eut une pneumonie (?).

Obs. XXII. — Anaïs L... a été sujette, de six à dix ans, à des crises de palpitations de cœur qui survenaient sous l'influence des moindres émotions.

Obs. XXIII. — Marie-Louise G... a eu, vers l'âge de trois ans, des convulsions vermineuses (?). De quatorze à seize ans, elle a été incommodée par des crises de vomissements qui survenaient de temps en temps sans cause connue et duraient chaque fois une journée entière.

Obs. XXIV. — Jeanne M... a beaucoup souffert de névralgies; elle a eu de plus, pendant six mois, à l'âge de dix-neuf ans, des vomissements incoercibles.

Obs. XXV. — Éléonore L... a eu une enfance maladive. A dix ans elle souffrit pendant trois mois d'une toux sèche, quinteuse, convulsive, ressemblant beaucoup à celle de la coqueluche, mais en différant par l'absence d'expectoration. Un peu plus tard, elle eut des douleurs rhumatoïdes dans les membres.

Obs. XXVI. — Théophile S... a eu dans sa jeunesse quatre fluxions de poitrine ou congestions pulmonaires. Elle a commencé à se masturber vers l'âge de douze ans, et elle raconte qu'à cette époque les excitations génitales étaient souvent suivies de petites pertes de connaissance accompagnées de contractures de tous les membres, sans convulsions concomitantes.

Obs. XXVII. — Sous l'influence de la même cause, Élisabeth R... avait des évanouissements qui duraient plusieurs minutes, ou des crises de sanglots et de pleurs.

Obs. XXVIII. — Berthe M... a eu très souvent des convulsions vermineuses (?). A l'âge de deux ans, une de ces convulsions a été suivie d'une paraplégie qui a persisté pendant six mois. A six ans elle a eu une fluxion de poitrine (?). Son caractère était violent, intraitable. Elle entrait pour des riens dans des colères inconcevables, et, quand elle se mettait en colère, elle sentait une boule qui tournait dans son ventre et montait l'étreindre à la gorge; puis, quand elle se calmait, il lui arrivait fréquemment d'avoir des quintes de toux sans expectoration qui duraient un jour ou deux. A quatorze ans, elle a tenté deux fois de se suicider parce que ses parents ne voulaient pas l'autoriser à se marier.

Obs. XXIX. — Marie A... a eu de loin en loin, pendant toute son enfance, des crises de vomissements incoercibles qui survenaient sans qu'aucun écart de régime pût les expliquer, duraient de quinze à vingt jours et disparaissaient sans laisser de traces. A douze ans elle fut atteinte d'un gonflement douloureux du ventre que plusieurs médecins prirent pour du carreau, mais qui se dissipa brusquement deux mois après. Elle avait, en outre, de temps en temps des crises de sanglots.

Il y aurait un intéressant chapitre de pathologie à écrire sur ces troubles nerveux des enfants prédisposés à l'hystérie. On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de l'hystérie infantile. Mais on a eu surtout en vue l'étude de l'hystérie précoce et non pas celle des prodromes lointains de l'hystérie. Les symptômes que je viens de vous signaler n'ont pas été étudiés avec tout le soin qu'ils méritent. Ils ont cependant une grande importance, non pas à cause de leur gravité immédiate, car ils guérissent presque toujours, même sans traitement, mais à cause de leur signification pronostique à longue échéance et des indications qu'ils peuvent fournir pour le traitement prophylactique de l'hystérie future. Quand on les reconnaît à temps, on doit soumettre les enfants qui les présentent à une hygiène physique et morale dont je vous indiquerai plus tard les règles. On peut ainsi, dans un bon nombre de cas, combattre les prédispositions morbides les plus accentuées et diminuer de beaucoup les chances de l'explosion ultérieure des grands accidents hystériques.

TROISIÈME LEÇON

ÉTIOLOGIE DE L'HYSTÉRIE *(suite)*

(Causes occasionnelles.)

SOMMAIRE

I. Hystérie d'origine émotive. Elle est surtout fréquente chez les femmes. Nature des émotions provocatrices. Exemples.

II. Rôle des traumatismes dans l'étiologie de l'hystérie convulsive. Histoire de l'hystéro-traumatisme. Rapport de l'hystérie avec les phénomènes du Railway Spine et du Railway Brain.

III. Des intoxications déterminant l'hystérie. Doctrine des hystéries toxiques. Doctrine de l'hystérie d'origine toxique.

IV. Fréquence relative des différentes causes occasionnelles de l'hystérie.

MESSIEURS,

Les causes occasionnelles ou déterminantes de l'hystérie peuvent être divisées en trois groupes comprenant : 1° les émotions morales ; 2° les traumatismes ; 3° les intoxications.

I

L'hystérie d'origine émotive est surtout fréquente chez les femmes. La nature ou, si je puis dire ainsi, la qualité de l'émotion provocatrice est très variable selon les cas. Les chagrins violents, les frayeurs, les contrariétés, les colères, les ébranlements psychiques, de quelque espèce qu'ils soient, peuvent, chez les sujets prédisposés, donner naissance à des accidents hystériques [1].

[1] Chez 22 hystériques observées par Georget, les causes déterminantes ont été : frayeurs, 13 fois ; chagrins violents, 7 fois ; contrariété vive, 1 fois. « Chez une malade, ajoute Georget, il n'y eut pas de cause excitante, mais cette personne avait eu une enfance mélancolique pendant laquelle elle avait été sujette à une foule d'accidents nerveux. »

Quelques exemples que je vais prendre dans l'histoire des malades de notre service fixeront vos idées sur le rôle des émotions morales dans le développement de ces accidents.

Observation I. — Marie M... a fait ses débuts dans l'hystérie à la suite d'une violente frayeur. Elle avait alors dix-sept ans et habitait la campagne. Un montreur d'ours vint à passer dans le village; elle alla voir ses exercices et se faufila dans la foule des spectateurs jusqu'à ce qu'elle fût au premier rang. L'ours, en dansant, passa si près d'elle que le museau glacé de l'animal frôla la joue de la jeune fille. Marie eut peur; elle s'enfuit précipitamment chez elle et, à peine arrivée, tomba sans connaissance sur son lit, en proie à des convulsions et à une agitation délirante des plus vives. Depuis lors, les attaques se sont reproduites un grand nombre de fois, et toujours le délire qui les accompagne roule sur la frayeur causée par le contact de l'ours.

Obs. II. — Théophile S... a eu sa première attaque convulsive à seize ans. Elle était dans une maison d'éducation dirigée par des religieuses. Une de ses maîtresses étant morte, elle fut désignée pour passer la nuit dans la chambre mortuaire. Malgré l'émotion que lui causait le voisinage d'un cadavre, elle s'endormit profondément. Vers le milieu de la nuit, une religieuse lui frappa sur l'épaule. Théophile, croyant que c'était la morte qui venait la réveiller, poussa un grand cri et eut sur-le-champ une grande attaque de nerfs qui ne dura pas moins de cinq à six heures.

Obs. III. — Marie A... était sur le point de faire sa première communion. Elle avait caché à son confesseur ses habitudes de masturbation. Au milieu d'un sermon dans lequel le prédicateur parlait avec véhémence des tourments de l'enfer, elle fut épouvantée par le souvenir de ses fautes, perdit connaissance et eut, dans l'église même, sa première attaque convulsive.

Obs. IV. — C'est à l'âge de seize ans, aussitôt après l'apparition des règles, que se montrèrent chez Élisabeth R... les premiers accidents hystériques sérieux. Voici dans quelles circonstances : Élisabeth assistait à une classe d'histoire et de géographie; la maîtresse parlait des éruptions volcaniques; elle racontait comment les villes d'Herculanum et de Pompéi avaient été ensevelies sous les laves et les cendres. Un grand tableau placé au fond de la classe représentait le Vésuve vomissant des torrents de flammes. Élisabeth fut très émue et eut aussitôt des convulsions et du délire. Elle s'enfuit épouvantée, croyant voir du feu partout. Son agitation fut telle qu'on dut la placer pendant quelque temps dans un asile d'aliénées.

Obs. V. — Amélie H... était âgée de vingt et un ans et jouissait en apparence d'une bonne santé, quand un jeune homme qu'elle aimait beaucoup la demanda en mariage. Sa mère s'opposa au mariage. Il en résulta une querelle violente entre la mère et la fille, querelle à l'occasion de laquelle Amélie eut une grande attaque de nerfs suivie d'hémiplégie gauche, de vomissements de sang et d'une interminable série d'accidents hystériques.

Obs. VI. — A dix-sept ans, Alix S... devint amoureuse d'un jeune

homme qu'elle voulait épouser. Sa mère s'opposa à ses projets et lui fit à diverses reprises des observations très vives sur sa conduite. Un jour, après une réprimande plus violente que les autres, Alix, très émue, eut une grande attaque convulsive avec aura ovarienne, sensation de strangulation, hallucinations, etc. Depuis lors, elle n'a pas cessé d'avoir, à des intervalles très rapprochés et pour des causes insignifiantes, des accidents hystériques de toutes sortes.

Obs. VII. — Éléonore L... a le malheur d'avoir pour père un homme brutal qui s'adonne à l'alcoolisme et à la débauche. Un jour, pendant que sa femme et sa fille étaient à l'atelier, il pilla la maison conjugale et s'enfuit avec une concubine. Quand Éléonore et sa mère revinrent à leur domicile, elles trouvèrent les armoires vides, les tiroirs défoncés, et ne tardèrent pas à connaître par les voisins le nom des coupables. En apprenant la conduite de son père, Éléonore éprouva une vive indignation et eut *illico* sa première attaque de nerfs.

Obs. VIII. — Élisabeth M... s'était introduite un jour clandestinement chez son amant. Elle se livrait à lui, quand la mère du jeune homme, qu'on croyait absente pour plusieurs heures, revint à l'improviste et frappa violemment à la porte de la chambre de son fils. Élisabeth, surprise et effrayée, eut sur-le-champ une grande attaque de nerfs, et depuis lors elle a eu un très grand nombre d'attaques analogues et une foule d'autres accidents hystériques.

Obs. IX. — Berthe M... est entrée de très bonne heure dans la vie galante. A dix-sept ans elle avait déjà des amants et les trompait sans vergogne. Un jour que l'un d'eux, le titulaire, lui reprochait durement ses infidélités, elle se mit en grande colère et eut, pour la première fois de sa vie, une attaque convulsive très violente.

Obs. X. — Jeanne M... avait vingt ans quand ses parents la sommèrent d'épouser un jeune homme qu'elle n'aimait pas. Elle refusa obstinément. Pour vaincre sa résistance, on employa en vain la persuasion et la violence. Un jour, après une querelle bruyante, ses parents irrités la mirent à la porte de chez eux. Aussitôt après, Jeanne eut une attaque convulsive à grand fracas qui dura deux heures, et depuis lors elle a toujours été plus ou moins souffrante d'accidents hystériques variés.

Obs. XI. — A dix-huit ans, Élisa G... était employée comme femme de chambre dans un hôtel, à Munich. Un jour, deux voyageurs allemands, de passage à l'hôtel, voulurent s'emparer d'elle, et comme elle était insensible à leurs avances, ils la saisirent brutalement et la poussèrent sur un lit pour la violer. Élisa se défendit, cria et parvint à s'échapper de leurs mains; mais, à peine arrivée dans sa chambre, elle eut une grande attaque convulsive qui se reproduisit les jours suivants et marqua le début d'une longue série d'accidents névropathiques.

Dans tous les cas que je viens de vous citer, l'hystérie a débuté immédiatement après l'émotion provocatrice. Quelquefois il y a,

entre la cause et l'effet, un intervalle d'un ou de plusieurs jours. Exemples :

Obs. XII. — A l'âge de quatorze ans, Anaïs L... était en apprentissage dans un magasin de nouveautés. Un dimanche matin, elle alla à l'église avec une de ses compagnes. Un homme placé à son côté tomba tout à coup, pendant la messe, foudroyé par une attaque d'apoplexie. Anaïs fut très émue par le spectacle de cette mort subite. Elle n'eut cependant aucun accident immédiat, mais l'image du mort était sans cesse présente à son esprit; elle y pensait le jour, elle y rêvait la nuit. Le mardi suivant, à neuf heures du matin, en arrivant à son atelier, elle éprouva un grand mal d'estomac et sentit comme deux mains qui lui serraient la taille au point de l'étouffer, puis elle perdit connaissance, en proie à des convulsions qui durèrent jusqu'à deux heures de l'après-midi. A partir de ce jour, des attaques analogues se sont reproduites à des intervalles variables, tantôt sans cause commune, tantôt sous l'influence d'une émotion ou d'une contrariété.

Obs. XIII. — Marie-Louise G... était, à dix-sept ans, une des meilleures élèves de l'école normale d'institutrices. Elle se préparait aux examens du brevet supérieur, qu'elle comptait passer à la session d'août 1885. La maîtresse de l'école exigea qu'elle les subît en 1884. Elle fut si émue par la crainte d'un échec, qu'elle fut prise quelques jours après de crises de sanglots et d'accès de reniflement hystérique qui persistèrent pendant plus d'une année.

Il résulte de ces exemples que tous les ébranlements psychiques, toutes les émotions morales, doivent être considérés comme des causes occasionnelles très actives de l'hystérie.

II

Les traumatismes occupent une place importante parmi les agents provocateurs de l'hystérie[1]. Chez les sujets franchement hystériques, ils peuvent donner lieu à des manifestations nouvelles de la diathèse; chez des sujets simplement prédisposés, ils peuvent déterminer l'explosion des premières manifestations de la névrose.

L'étude de l'hystérie d'origine traumatique ou, comme on dit aujourd'hui, de l'*hystéro-traumatisme,* a été précédée et préparée

[1] Voyez à ce sujet : Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III.
Berbez, *Hystérie et traumatisme.* Th. doct., Paris, 1887.
Bataille, *Traumatisme et névropathie.* Th. doct., Paris, 1887.
Guinon, *Les agents provocateurs de l'hystérie.* Th. doct., Paris, 1889.

par une série de recherches, faites surtout en Amérique et en Angleterre, sur les accidents nerveux qui succèdent aux collisions de chemins de fer. Erichsen[1], Herbert Page[2], ont publié sur ces accidents des travaux importants, et les expressions de *Railway Spine* et de *Railway Brain*, employées par ces auteurs, sont devenues d'un usage courant, même en France et en Allemagne. Mais il faut bien savoir qu'elles n'expriment aucune idée doctrinale. Erichsen attribue les symptômes observés sur ses malades à des lésions médullaires qui manquent dans la plupart des cas; Herbert Page les explique par l'intervention de phénomènes neurasthéniques qui ne rendent compte que d'une partie des troubles nerveux provoqués par les grands ébranlements traumatiques. Tous deux emploient cependant les mots de *Railway Spine* et de *Railway Brain*, non pas pour dénommer une maladie nouvelle, mais pour désigner sans périphrase un groupe de phénomènes correspondant à une étiologie commune.

En 1885, les leçons de M. Charcot et la discussion qui eut lieu devant la Société médicale des hôpitaux de Paris, à propos d'une observation de monoplégie brachiale, présentée par M. Troisier, posèrent nettement la question des rapports de l'hystérie et du traumatisme. A partir de ce moment les observations se multiplièrent. Des faits nombreux furent publiés par MM. Berbez, Bataille, Vibert, Grasset, Oppenheim, Strumpell, Eulenburg, Bernhardt, etc. Les uns étaient des exemples typiques d'hystérie développée sous l'influence du traumatisme; les autres avaient plutôt les apparences symptomatiques de la neurasthénie ou d'autres névroses.

Quelques observateurs, exagérant l'importance de la notion étiologique, voulurent réunir tous les troubles fonctionnels d'origine traumatique sous le nom commun de *névrose traumatique*, mais il ne semble pas qu'il soit nécessaire de créer pour cela une espèce nosologique nouvelle. Le traumatisme est une cause banale et complexe, dans laquelle l'émotion morale et l'ébranlement organique se combinent dans des proportions éminemment variables. Ses effets diffèrent également selon les prédispositions morbides des sujets. Dans tel cas, il provoquera des accidents franchement épileptiques; dans tel autre, des accidents de neurasthénie pure; dans un troisième, il sera suivi de l'explosion d'accidents hystéri-

[1] J. Eric Erichsen, *On Railway and other injuries of the nervous system*. 1866.

[2] Herbert W. Page, *Injuries of the spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shok in their surgical and medico-legal aspects*, 2e édition. 1885.

ques vrais. Est-il légitime de réunir ces affections, essentiellement différentes par leur évolution et par leur pronostic, dans une description commune, sous le prétexte qu'elles se sont toutes les trois développées à la suite de traumatismes? L'école neurologique française pense que non. Elle estime qu'il est plus logique de laisser à chaque névrose son autonomie nosographique, et que ce serait compliquer singulièrement l'étude des affections nerveuses que de disjoindre leurs éléments dans des classifications artificielles basées sur la seule notion de leur étiologie [1].

L'observation clinique ne fournit d'ailleurs aucune raison suffisante pour séparer l'hystérie d'origine traumatique de l'hystérie d'origine émotive. Deux de nos malades ont eu leurs premières attaques convulsives à la suite de traumatismes :

La première est la nommée Joséphine D... A l'âge de dix-neuf ans, étant ouvrière dans une filature, elle eut le poignet gauche pris entre deux cylindres de bois hérissés de fortes pointes d'acier. Il en résulta une plaie profonde, dont la cicatrice mesure cinq ou six centimètres carrés. Les premiers pansements furent très douloureux. Six jours après l'accident, la malade souffrait encore beaucoup de la plaie; elle se sentait énervée, oppressée, et, finalement, elle eut une grande crise de nerfs qui dura plus d'une heure et qui se renouvela par la suite un grand nombre de fois;

La seconde est la nommée Thérèse L..., qui est devenue hystérique ou, pour parler plus exactement, qui a eu sa première attaque convulsive à l'âge de vingt-deux ans, aussitôt après l'avulsion d'une dent.

Eh bien! examinez attentivement ces deux malades, et je ne crois pas que vous trouviez la plus légère différence entre les symptômes qu'elles présentent et ceux que vous observerez chez celles de leurs compagnes qui sont devenues hystériques à la suite d'émotions morales. Les attaques convulsives sont semblables, les stigmates sensitivo-sensoriels sont les mêmes; tout est identique, sauf la cause occasionnelle qui a provoqué l'explosion de la maladie.

Il en est de même pour les accidents hystériques locaux déterminés par des traumatismes.

[1] Voyez à ce sujet un excellent travail de M. A. Dutil sur *l'hystérie et la neurasthénie associées*, in *Gazette médicale de Paris* (30 novembre et 7 décembre 1889).

M. Charcot s'est également occupé à plusieurs reprises de cette question des rapports de l'hystérie avec les traumatismes dans ses *Leçons sur les maladies du système nerveux* et dans ses *Leçons du Mardi à la Salpêtrière*.

Une de nos malades a fait dernièrement une chute dans les couloirs de l'hôpital et s'est blessée légèrement à l'avant-bras gauche. A l'instant même, elle a été prise d'une contracture du membre contusionné, qui a persisté pendant six semaines. C'était une contracture hystérique vulgaire, banale, tout à fait semblable à celles qui auraient pu se développer sous l'influence de causes occasionnelles autres que le traumatisme.

Les cas de ce genre sont loin d'être rares. C'est à eux qu'on appliquait autrefois le nom d'*hystérie locale* ou *périphérique*, et on les expliquait en disant que la plaie avait produit par voie réflexe la contracture permanente des muscles sous-jacents.

En réalité, l'interprétation qui leur convient est beaucoup plus compliquée. Qu'il y ait, dans le cas que je viens de vous citer et dans les cas analogues, un rapport de cause à effet entre le traumatisme initial et la contracture qui l'a suivi, cela ne peut être mis en doute, mais cela ne suffit pas pour légitimer l'expression d'*hystérie locale*. Le traumatisme n'a pas causé l'hystérie, puisque la malade était manifestement hystérique avant la chute, comme elle est restée hystérique après la guérison de la contracture. Le traumatisme a simplement déterminé, dans l'évolution d'une maladie préexistante, un incident symptomatique qui aurait pu ne jamais se produire s'il n'avait été provoqué par une circonstance occasionnelle, mais qui ne constitue pas à lui seul la maladie.

Remarquez bien que je parle du *traumatisme* et non pas de la *plaie*. Dans l'espèce, il y a une différence importante entre ces deux termes. Rien ne prouve, en effet, que la plaie de l'avant-bras ait joué par elle-même un rôle quelconque dans la production de la contracture. Celle-ci aurait parfaitement pu se produire en l'absence de toute meurtrissure appréciable des tissus, par le fait seul de l'ébranlement général ou local qui a accompagné le traumatisme. Et la preuve qu'elle n'était pas la conséquence directe de la plaie des téguments, c'est que la rigidité musculaire a persisté plusieurs semaines après la cicatrisation complète de la lésion cutanée.

En résumé, il n'y a aucune différence essentielle entre l'hystérie d'origine émotive et l'hystérie d'origine traumatique, non plus qu'entre les accidents hystériques locaux provoqués par des causes morales et les accidents hystériques locaux provoqués par des ébranlements physiques.

III

Certaines intoxications paraissent jouer dans l'étiologie de l'hystérie un rôle identique à celui que jouent les traumatismes : chez les sujets franchement hystériques, elles peuvent aggraver les manifestations de la névrose préexistante; chez les sujets simplement prédisposés, elles peuvent être la cause déterminante de l'apparition de symptômes nerveux variés, présentant tous les caractères cliniques des accidents hystériques.

Les intoxications par le plomb, l'alcool, le mercure, sont celles qui paraissent avoir les rapports les plus étroits avec l'hystérie. L'empoisonnement lent par l'oxyde de carbone peut également, ainsi que cela résulte des observations de M. Marie, déterminer l'explosion d'accidents hystériques [1].

Certaines affections générales qui modifient profondément la crâse du sang, telles que les fièvres infectieuses, le diabète, la chlorose, la syphilis, etc., se comportent comme les intoxications. Les poisons formés dans l'organisme sont aussi nuisibles que les poisons venant du dehors.

Les accidents nerveux qui accompagnent les intoxications saturnine, alcoolique, etc., étaient connus depuis fort longtemps. On savait très bien que les alcooliques ont souvent de l'anesthésie sensitivo-sensorielle, des parésies musculaires, etc., que les saturnins sont sujets à des hémianesthésies, à des convulsions choréiformes, à des paralysies, etc. Mais on attribuait tous ces

[1] Les principaux travaux relatifs aux rapports des intoxications avec l'hystérie sont les suivants :

Debove, *De l'apoplexie hystérique* (*Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 13 août 1886).

Achard, *Apoplexie hystérique* (*Arch. gén. de méd.*, 1887, et Thèse de doctorat, Paris, 1887).

Charcot, *Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique* (*Bulletin médical*, mai 1887).

Letulle, *De l'hystérie saturnine* (*Semaine médicale*, 1887). — *De l'hystérie mercurielle* (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 août 1887).

Potain, *Gaz. des hôp.*, 14 et 28 août 1887, et *Bulletin médical*, 4 septembre 1887.

Dreyfous, *De l'hystérie alcoolique* (*Union médicale*, novembre et décembre 1887).

Dutil, *Note pour servir à l'histoire des rapports de l'hystérie et du saturnisme* (*Gaz. méd. de Paris*, 31 décembre 1887).

Berbez, *L'hystérie toxique* (*Gaz. des hôp.*, 14 janvier 1888).

Hirschmann, *Intoxication et hystérie*. Th. doct., Paris, 1888.

Marie, *Hystérie dans l'intoxication par le sulfure de carbone* (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 novembre 1888).

G. Guinon, *Les agents provocateurs de l'hystérie*. Th. doct., Paris, 1889.

accidents à des lésions organiques des centres nerveux ou des nerfs périphériques, ou tout au moins à l'imprégnation des éléments nerveux par le poison introduit dans l'organisme. On croit aujourd'hui qu'à côté des symptômes toxiques qui sont manifestement dus à des névrites périphériques ou à des altérations organiques des centres nerveux, il existe souvent, chez les intoxiqués, des troubles purement fonctionnels, cérébraux ou médullaires, appartenant en partie à l'hystérie, et on le prouve par des faits d'observation clinique si nombreux et si précis qu'ils ne peuvent vraiment laisser aucun doute sur la coexistence fréquente de l'hystérie et des intoxications.

Pour expliquer cette coexistence, on a proposé deux théories essentiellement distinctes : l'une est celle des *hystéries symptomatiques;* l'autre, celle de l'*hystérie d'origine toxique.*

La doctrine des *hystéries symptomatiques* a été imaginée par M. Debove et soutenue par MM. Achard, Letulle, Dreyfous. Ses partisans affirment que l'alcool, le plomb, le mercure, etc., sont des poisons *hystérogènes* au sens propre du mot, c'est-à-dire des poisons capables de créer l'hystérie de toutes pièces, même chez les sujets non prédisposés. A côté, disent-ils, des *épilepsies toxiques* dont l'existence est généralement admise, il y a lieu de décrire des *hystéries toxiques* dont les principales, mais non les seules variétés, sont : l'hystérie saturnine, l'hystérie alcoolique et l'hystérie mercurielle. Chacune d'elles a sa physionomie clinique et doit avoir, par conséquent, son autonomie nosographique; il y a donc autant d'espèces d'hystéries toxiques que d'intoxications hystérogènes.

Ces idées sont, en vérité, fort séduisantes. Elles paraissent, à première vue, devoir simplifier la systématisation nosologique des grands accidents névropathiques en les groupant d'après les affinités naturelles de leur étiologie. De plus, elles satisfont l'esprit en proclamant l'étroite parenté des intoxications et des grandes névroses. On sait depuis longtemps déjà que les descendants des intoxiqués sont souvent atteints d'hystérie ou d'épilepsie ; il semble tout naturel d'apprendre que ces mêmes névroses peuvent se développer directement chez les sujets dont les tissus subissent l'action immédiate du poison.

Cependant il convient de se tenir en garde contre les déductions erronées que pourraient faire naître, dans l'esprit des personnes non prévenues, les expressions d'*épilepsies toxiques* ou d'*hys-*

téries toxiques. Quand un saturnin, dans le cours d'une série habituellement complexe d'accidents encéphalopathiques, a un ou plusieurs accès convulsifs avec perte de connaissance, raideur tétanique des membres, écume à la bouche, etc., nous disons, il est vrai, qu'il est atteint d'épilepsie saturnine. Mais, en réalité, la différence est grande entre ce malade et celui qui, sans intoxication préalable, a régulièrement, depuis son enfance, des accès spontanés de mal comitial. Celui-ci seul est un épileptique vrai; l'autre est un épileptique d'occasion, un faux épileptique. Le premier a une maladie bien définie dont les accès, se reproduisant à intervalles réguliers, constituent le principal et presque le seul symptôme. Le second a eu, sous l'influence d'un empoisonnement accidentel, des convulsions d'apparence épileptique qui ne se reproduiront jamais plus s'il a le bon esprit de se soustraire aux influences toxiques qui ont momentanément altéré sa santé. Si notre langage scientifique était moins imparfait, nous ne désignerions pas par le même mot des séries de phénomènes aussi différentes, et pour être tout à fait exacts, au lieu de dire *épilepsie saturnine,* nous devrions dire *convulsions épileptiformes d'origine saturnine.*

De même, les accidents nerveux *spéciaux à chaque intoxication* que vise la théorie des hystéries toxiques, n'ont d'hystérique que l'apparence. Ce sont la plupart du temps des accidents hystériformes d'origine toxique, des symptômes directs de l'intoxication initiale, et non pas des symptômes hystériques surajoutés à ceux de la maladie primitive. C'est là le côté faible de la théorie dont nous nous occupons : elle réunit à tort sous une même dénomination des phénomènes dont la nature est différente, bien qu'ils soient déterminés par des causes communes.

La doctrine de l'*hystérie d'origine toxique* a été soutenue par M. Charcot et par ses élèves : MM. Berbez, Guinon, etc. Elle admet que certaines intoxications ont pour effet d'aggraver les manifestations de la névrose chez les sujets préalablement hystériques et qu'elles ont le pouvoir de les faire éclater chez les sujets prédisposés, mais qu'elles sont incapables de les créer de toutes pièces.

« Il est de par le monde, dit M. Berbez, des gens en quête d'une occasion de devenir hystériques. Chez ces candidats à l'hystérie tous les prétextes sont bons. Pour l'un, c'est une chute; pour l'autre, c'est l'alcool; pour celui-ci, une contrariété; pour celui-là, l'intoxication mercurielle. » Quel que soit le point de départ, le résultat est toujours le même. Les causes occasionnelles (émotions

morales, traumatismes ou intoxications) éveillent des prédispositions lentement accumulées et provoquent l'apparition de l'hystérie, toujours identique, malgré la différence des circonstances qui ont déterminé son éclosion.

A l'appui de ces idées doctrinales, M. Charcot rapporte l'histoire de deux malades de son service, l'un saturnin, l'autre alcoolique, qui présentaient tous les deux, en même temps que les symptômes habituels des intoxications chroniques par le plomb et l'alcool, des attaques convulsives et des hémianesthésies sensitivo-sensorielles. Discutant point par point le diagnostic, le savant professeur de la Salpêtrière arrive à cette conclusion, que ces deux malades étaient hystériques avant d'être intoxiqués, et que, parmi les symptômes observés chez eux, les uns appartenaient en propre à l'hystérie, tandis que les autres dépendaient des intoxications surajoutées. Il est possible, ajoute-t-il, que l'hystérie ait été mise en jeu par le développement de l'intoxication saturnine ou alcoolique, mais ce n'est pas une raison suffisante pour légitimer les noms d'*hystérie saturnine* ou d'*hystérie alcoolique;* il vaudrait mieux dire : *hystérie chez un saturnin* ou *hystérie chez un alcoolique,* car au fond c'est toujours l'hystérie vulgaire qui est en cause.

Il importe beaucoup, en effet, de ne pas confondre l'hystérie vraie qui se développe accidentellement chez quelques intoxiqués, avec les troubles fonctionnels du système nerveux appartenant en propre à l'intoxication et résultant directement de l'action du poison introduit dans l'organisme sur les éléments ganglionnaires.

J'avoue que la distinction entre les accidents hystériques vrais d'origine toxique et les accidents hystériformes dépendant des intoxications, peut être quelquefois fort difficile à établir. Il y a cependant entre eux une différence très importante. L'hystérie vraie survit à la cause déterminante qui l'a provoquée; mais une fois qu'elle a été éveillée par une émotion, un traumatisme ou une intoxication, elle évolue indépendamment de toute nouvelle sollicitation accidentelle; elle s'émancipe dès sa naissance. Les accidents hystériformes causés par des intoxications restent, au contraire, subordonnés aux circonstances étiologiques qui leur ont donné naissance et les entretiennent; ils sont étroitement liés à l'évolution de l'intoxication dont ils dépendent. Un hystérique alcoolique restera hystérique après avoir perdu ses habitudes d'intempérance, tandis qu'un alcoolique atteint de tremblement

ou de délire toxique cessera de trembler ou de délirer quand il cessera de boire.

Je ne veux pas insister plus longuement aujourd'hui sur ces idées doctrinales, me réservant de les développer quand nous aurons l'occasion d'étudier des exemples concrets d'hystéro-saturnisme ou d'hystéro-alcoolisme. Retenez seulement ceci, c'est que l'hystérie vraie peut, dans certains cas, être provoquée par des intoxications aiguës ou chroniques ou par des maladies de nature à modifier profondément la crâse du sang, mais que tous les accidents nerveux observés chez les intoxiqués ne sont pas de nature hystérique.

IV

Nous venons de voir que les émotions morales, les traumatismes et les intoxications sont les grandes causes occasionnelles de l'hystérie. Il n'est pas sans intérêt de rechercher dans quelles proportions chacune d'elles exerce son influence pathogénique. Le tableau suivant, dressé d'après le relevé de nos cent observations, fournit sur ce détail des indications utiles :

Causes occasionnelles de l'hystérie.

	Hommes.	Femmes.	Total.
Émotions morales	8	54	62
Traumatismes	12	4	16
Intoxications	9	0	9
Causes indéterminées	2	11	13
	31	69	100

Il résulte de l'examen des chiffres réunis dans ce tableau, que les émotions morales sont la cause principale de l'hystérie féminine, tandis que les traumatismes et les intoxications provoquent plus souvent l'hystérie masculine.

Quelles que soient d'ailleurs ses causes occasionnelles, l'hystérie n'est pas une de ces affections accidentelles qui naissent de toutes pièces sous l'influence de circonstances banales. Elle est une maladie de l'évolution. Préparée par l'hérédité, elle se manifeste dès l'enfance par des accidents névropathiques spéciaux, et quand elle éclate dans la jeunesse ou dans l'âge adulte, avec le cortège de

ses symptômes caractéristiques, c'est que, depuis longtemps déjà, l'organisme du malade en nourrissait le germe.

Ce qui constitue l'hystérie, ce n'est même pas, à proprement parler, tel ou tel accident isolé; c'est la susceptibilité morbide préexistante, en vertu de laquelle des troubles fonctionnels variés peuvent se produire à l'occasion de circonstances étiologiques, qui n'ont par elles-mêmes qu'une importance secondaire.

Les hystériques vrais sont hystériques avant de présenter les accidents éclatants de la névrose, et ils restent hystériques après que ces accidents ont disparu.

En réalité, on naît hystérique, on ne le devient pas. L'hérédité crée la diathèse; les causes occasionnelles ne font que provoquer l'apparition des accidents.

QUATRIÈME LEÇON

ÉTIOLOGIE DE L'HYSTÉRIE *(suite et fin)*.

(Conditions de production des épidémies.)

SOMMAIRE

I. Influence de la contagion par imitation. Influence des idées dominantes sur la nature des manifestations hystériques.

II. Récit de l'épidémie d'hystéro-démonopathie de Morzine (1861-1865).

III. Récit de l'épidémie de Verzegnis (1878).

V. Les épidémies d'hystérie naissent par des cas isolés d'hystérie vulgaire. Elles se propagent par imitation et s'aggravent par le fait seul de l'ignorance et des tendances superstitieuses des populations au milieu desquelles elles se développent.

Messieurs,

Je vous ai indiqué dans les deux leçons précédentes ce que nous savons de plus précis sur l'étiologie de l'hystérie. Il me reste à vous signaler quelques particularités relatives à la production épidémique de cette névrose.

I

On a beaucoup parlé à une certaine époque de la *contagion de l'hystérie*. L'expression n'est pas heureuse, mais l'idée qu'elle exprime correspond à des faits réels mal interprétés par les auteurs.

Leur explication est cependant des plus simples :

Lorsque plusieurs enfants ou jeunes adultes se trouvent réunis dans un pensionnat, un couvent, un atelier, une salle d'hôpital, il arrive assez souvent, si l'un d'eux vient à avoir des accidents hystériques, que plusieurs autres deviennent sujets immédiate-

ment ou peu de temps après à des accidents semblables à ceux qui ont frappé le premier.

Il n'est pas besoin, pour expliquer ces petites épidémies, d'invoquer la contagion, c'est-à-dire la transmission de la maladie d'un sujet à un autre par l'intermédiaire d'un contage matériel. Il suffit de se rappeler que la prédisposition à l'hystérie est commune; que, chez les sujets prédisposés, toute émotion morale peut donner lieu à l'explosion des symptômes de la névrose, et que la vue d'un malade en proie à des attaques convulsives ou à des accès de délire est, après tout, un spectacle assez émouvant pour frapper très vivement l'imagination des personnes qui en sont témoins et pour déterminer l'apparition d'accidents hystériques.

L'imitation a été la grande cause de la propagation des grandes épidémies névrosiques qui ont sévi sur l'Europe du XII[e] siècle au XVII[e] et dont Calmeil[1] a résumé l'histoire avec une science et une sûreté de jugement tout à fait remarquables. Mais pour bien comprendre l'étiologie de ces épidémies et les différences de leur symptomatologie, il faut aussi tenir compte de l'état moral des collectivités au milieu desquelles elles se produisaient.

Au moyen âge, les idées religieuses absorbaient tous les esprits. L'art fournissait partout l'expression plus ou moins terrifiante du démon; les cathédrales gothiques fourmillaient de sculptures le représentant sous des formes grotesques ou effrayantes; les bûchers s'allumaient pour brûler les hérétiques et détruire les sorcières. Aussi, à cette époque, la plupart des hystériques étaient des démoniaques : leur délire, leurs hallucinations roulaient presque toujours sur des sujets religieux.

Aujourd'hui, les idées dominantes sont d'une autre nature : les entraînements du cœur, les amours contrariées, tiennent beaucoup plus de place dans les préoccupations morales des jeunes filles que les sentiments mystiques. Les manifestations psychiques de l'hystérie se sont modifiées en conséquence. Mais il n'y a là qu'une différence apparente; la maladie est restée la même; ses symptômes fondamentaux n'ont pas varié. Les démoniaques du moyen âge étaient anesthésiques comme le sont les hystériques tendres de nos jours; elles avaient des convulsions, des contractures, des paralysies, etc., tout comme les malades de notre service. Si nous n'assistons plus à de grandes épidémies d'hystéro-démonopathie

[1] Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*. Paris, 1845.

semblables à celles qui se sont produites à d'autres époques, c'est uniquement parce que l'état des esprits qui favorisait leur extension a disparu à peu près partout chez les peuples civilisés. Ce n'est pas la maladie qui a changé de nature, c'est le milieu qui s'est transformé.

Et la preuve, c'est que de temps en temps on voit se développer encore au sein de populations ignorantes et superstitieuses, de petites épidémies d'hystérie à forme démoniaque dont l'étude est pour nous extrêmement instructive, car elle permet de comprendre et d'interpréter un grand nombre de faits dont les historiens des siècles passés nous ont conservé le souvenir. Une épidémie de ce genre a éclaté, de 1861 à 1865, à Morzine, petit village de la Haute-Savoie. Une autre a été observée, en 1878, à Verzegnis, dans la province de Friuli, en Italie.

Leur histoire mérite d'être connue, au moins dans ses traits principaux, et je vais vous la raconter brièvement en résumant les relations des médecins qui les ont observées sur place[1].

II

La commune de Morzine est située dans une vallée étroite de la Haute-Savoie, à 1,500 mètres d'altitude, au milieu de montagnes arides et incultes, couvertes de neige pendant six ou sept mois de l'année. Les habitants, au nombre de 2,000, sont pauvres, chétifs, malingres, illettrés et, par-dessus tout, superstitieux.

Dans le courant de l'année 1857, deux petites filles très pieuses et d'une intelligence précoce furent atteintes de crises convulsives. La première était une nommée Peronne T... Un jour, en sortant de l'église, elle vit retirer d'un torrent une de ses amies qui avait failli se noyer. Quelques heures après, elle tomba sans connaissance, « comme morte ». Cela se reproduisit les jours suivants. Une de ses compagnes ayant assisté par hasard à une de ces crises, tomba dans le même état : on trouva les deux fillettes étendues inertes côte à côte dans un champ.

[1] L'épidémie de Morzine a été décrite par MM. Constans (*Relation d'une épidémie d'hystéro-démonopathie*. Paris, 1862) et Ph. Kuhn (*De l'épidémie hystéro-démonopathique de Morzine. — Annales médico-psychologiques*, 1865).

L'épidémie de Verzegnis a été étudiée par MM. Giuseppe Chiap et Fernando Franzolini (*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, t. V, 1879).

Un peu plus tard, les crises changèrent de forme; elles devinrent convulsives et s'accompagnèrent de phénomènes étranges qui jetèrent la terreur dans l'esprit des habitants du pays. C'est ainsi que les enfants, qui étaient ordinairement douces et timides, perdaient toute réserve pendant les paroxysmes; elles répondaient judicieusement aux questions qu'on leur posait en différentes langues; elles proféraient des blasphèmes abominables; elles avaient des hallucinations, grimpaient aux arbres avec une agilité surprenante, annonçaient leurs crises ultérieures et faisaient des prédictions dont quelques-unes se réalisèrent. Après les crises, elles n'avaient aucun souvenir de ce qui s'était passé ni de ce qu'elles avaient dit.

Dans l'espace de huit mois, vingt-sept personnes furent atteintes du mal. La population réclama des exorcismes. L'évêque d'Annecy refusa d'y faire procéder officiellement; cependant on exorcisa çà et là quelques malades avec des résultats variables.

On obtint d'ailleurs quelques guérisons par des moyens qui n'avaient rien de canonique. Juliette L... fut guérie par la peur: «Son père, la saisissant par les cheveux et brandissant une hache, dit qu'il allait lui couper le cou si sa crise ne finissait pas à l'instant et si elle devait en avoir d'autres. La crise finit et ne se renouvela pas. Un autre homme, qui venait de chauffer son four, feignit d'y jeter sa fille; la guérison fut instantanée et radicale. Le sieur M... guérit sa fille une première fois en lui promettant un habillement neuf, une autre fois en la menaçant de l'enchaîner dans la cave [1].» Certains malades guérirent même spontanément.

Sur ces entrefaites, l'autorité ecclésiastique fit faire des exorcismes publics et généraux. C'était jeter de l'huile sur le feu. Le mal, à partir de ce moment, fit des progrès rapides. Au commencement de l'année 1861, le nombre des malades ayant eu des crises convulsives était de cent vingt environ, et presque toute la population de la région était convaincue que le mal avait une origine surnaturelle. Les quelques personnes qui cherchaient à combattre ces idées et conservaient leur sang-froid au milieu de l'affolement général, étaient désignées à la vindicte publique comme des hérétiques. On en vint à penser et à dire tout haut que la maladie ne finirait pas tant qu'on n'aurait pas massacré ou

[1] Constans, *loc. cit.*, p. 35-36.

brûlé deux ou trois de ces mécréants, et particulièrement le nommé Jean Berger, adjoint au maire, très dévoué aux intérêts de la commune, mais moins superstitieux que la majorité de ses concitoyens. Ces menaces reçurent même un commencement d'exécution. Le sieur Berger fut un jour « poursuivi par une bande furieuse de trente ou quarante personnes, hommes, femmes, enfants, malades et bien portants, armés de fourches, de haches et de bâtons. Cette chasse dura trois heures sans qu'aucun habitant fît la moindre tentative pour y mettre fin [1]. » M. Berger put heureusement échapper à cette manifestation menaçante. Il est probable que s'il eût été rejoint, on l'eût écharpé vif.

Pour arrêter les progrès de cette épidémie, le gouvernement dut intimider la population par l'envoi d'une brigade de gendarmerie, déplacer le curé, isoler les malades et envoyer les plus gravement atteints dans des hôpitaux éloignés. Ces moyens réussirent : l'apaisement se fit peu à peu dans les esprits et le calme revint dans la commune.

III

L'épidémie de Verzegnis ressemble beaucoup à celle de Morzine.

Verzegnis est une commune isolée dans la montagne. Sa population, pauvre et ignorante, a peu de rapports avec les communes voisines; elle se compose de 1,800 habitants, divisés en quatre hameaux. Les mariages consanguins y sont très fréquents; le nervosisme y est commun.

Dans cette commune se trouvait une jeune fille de dix-sept ans nommée Marguerite Vidusson, qui était atteinte depuis huit ans de symptômes hystériques légers : troubles gastriques intermittents, sensation de suffocation, émotivité excessive, etc. Quelques autres filles du pays présentaient des troubles analogues, mais à un moindre degré. On n'y faisait du reste pas plus d'attention que de raison; on croyait qu'il s'agissait tout simplement d'accidents nerveux sans gravité.

Dans les premiers jours de novembre 1877, un père jésuite se rendit à Verzegnis pour y prêcher une mission. Pendant huit jours la population entière de la commune se livra à des exercices reli-

[1] Constans, *loc. cit.*, p. 43.

gieux de toutes sortes, se succédant presque sans interruption depuis le point du jour jusqu'au milieu de la nuit. Les cérémonies étaient entourées d'une grande pompe extérieure de façon à exalter les esprits.

Au commencement de janvier 1878, l'état de Marguerite Vidusson s'aggrava subitement. A ses malaises habituels s'ajoutèrent des attaques convulsives caractérisées par des mouvements toniques et cloniques, et suivies de cris violents, de gémissements plaintifs. Aux époques menstruelles, ces attaques devenaient plus fréquentes : elles se répétaient jusqu'à dix et douze fois par jour. Alors on commença à parler dans le pays de cette étrange maladie; on se demanda si elle était naturelle; on se rappela les anciennes légendes des possessions diaboliques, et peu à peu on en vint à penser et à déclarer hautement que Marguerite Vidusson était une possédée.

Le premier dimanche de mai, on s'entendit avec le clergé pour conduire la possédée au pèlerinage de Clauzetti afin de l'y exorciser. Ce jour-là, précisément, Marguerite eut un grand nombre d'attaques, et quelques jours après, les cris et les gémissements qu'elle poussait après ses convulsions se transformèrent en blasphèmes, en injures grossières adressées aux prêtres. A partir de ce moment, l'approche d'un ecclésiastique, le contact des objets servant au culte, l'entrée dans une église, le son de la cloche du village, suffirent pour provoquer chez elle les attaques de convulsions et de délire.

Je vous laisse à penser l'impression que firent ces événements sur l'esprit des habitants de Verzegnis. Ils devinrent l'objet de toutes les conversations. Ce fut bien pis encore quand, vers le mois de juillet, d'autres malades furent atteintes de symptômes semblables à ceux que présentait Marguerite Vidusson. Le bruit de la possession se répandit dans les villages voisins. On vint en foule voir les possédées, assister à leurs attaques, disserter sur les causes de leur mal. L'évêque du diocèse envoya deux ecclésiastiques pour pratiquer les exorcismes à domicile.

Cependant l'épidémie s'étendait avec une rapidité inquiétante. Au mois de septembre, on connaissait dix-huit démoniaques, dont quinze âgées de dix-sept à vingt-six ans, une de quarante-cinq ans, une de cinquante-cinq ans et une de soixante-trois ans. On voulut tenter un grand coup. Toutes les possédées furent conduites à l'église pour assister à une messe solennelle dite à leur intention; mais elles eurent des attaques d'une violence excessive, elles s'agi-

tèrent comme de vraies possédées et sortirent de cette cérémonie plus malades qu'elles ne l'étaient auparavant.

Le gouvernement italien envoya alors à Verzegnis deux médecins, MM. Giuseppe Chiap et Fernando Franzolini, pour étudier les faits et indiquer les moyens propres à faire cesser l'épidémie.

Ces messieurs furent mal accueillis. On était tellement convaincu de l'inutilité de l'intervention médicale dans des phénomènes d'origine surnaturelle, qu'on refusait de leur laisser visiter les malades. Ils arrivèrent cependant à remplir leur mission. Ils constatèrent qu'en dehors même des attaques, toutes les prétendues possédées présentaient des signes non douteux d'hystérie : sensation de boule partant de l'épigastre et montant à la gorge, hyperesthésie cutanée et sensorielle, parésies transitoires du mouvement et de la sensibilité, émotivité anormale, etc. Les accès survenaient quelquefois sans provocation immédiate; d'autres fois ils étaient déterminés par l'audition du bruit des cloches, par la vue des prêtres, par le spectacle des cérémonies religieuses. Ils débutaient toujours par des convulsions plus ou moins violentes. Après les convulsions, les malades tombaient dans une sorte de torpeur intellectuelle avec obtusion de la conscience, ou bien étaient en proie à une agitation maniaque des plus bruyantes dans laquelle le délire avait pour objet presque exclusif des idées religieuses. C'est alors qu'elles proféraient des blasphèmes, injuriaient les prêtres, etc. Dans ce délire, elles parlaient d'elles au masculin et à la troisième personne comme si un démon introduit dans leur corps se fût exprimé par leur bouche. Si on les interrogeait, elles répondaient avec volubilité aux questions. L'accès terminé, les unes restaient pendant quelques heures accablées, les autres reprenaient aussitôt leurs travaux habituels comme si rien d'anormal ne se fût passé. Elles n'avaient aucun souvenir des faits survenus pendant les accès.

MM. Chiap et Franzolini déclarèrent dans leur rapport qu'il s'agissait là d'une épidémie d'hystérie à forme démoniaque, et pour éviter la prolongation et l'extension du mal, ils conseillèrent un certain nombre de mesures parmi lesquelles : l'isolement des malades pendant les accès, le transport des deux plus fortement atteintes à l'hôpital d'une ville voisine, la cessation des exorcismes, etc. Ces moyens ne réussirent pas complètement. Il fallut, pour en finir, faire occuper militairement le village et transporter d'office dix-sept malades à l'hôpital d'Udine.

IV

L'histoire des deux épidémies de Morzine et de Verzegnis montre d'une façon aussi claire que possible les conditions dans lesquelles l'hystérie vulgaire peut devenir épidémique et revêtir les formes qui ont si fortement frappé autrefois l'imagination de nos pères.

Dans toutes les agglomérations humaines, il y a un certain nombre de névropathes plus ou moins fortement prédisposés à l'hystérie et susceptibles de devenir franchement hystériques sous l'influence de causes accidentelles banales. Rien d'étonnant à ce qu'il s'y produise de temps en temps quelques cas isolés, et à ce que la maladie s'y développe, par imitation, avec plus ou moins de rapidité.

Si le milieu est intelligent, calme, raisonnable, les premiers malades atteints sont soumis à un traitement énergique et quelques douches éteignent le foyer avant qu'il ait pris des proportions inquiétantes. Mais s'il est illettré, superstitieux, émotif, les imaginations ne tardent pas à s'échauffer. On disserte sur les caractères du mal; on en recherche les causes; on se raconte à l'oreille les vieilles histoires de possession; on ne s'entretient plus que du diable et des sorciers. Une terreur instinctive opprime tous les cœurs. On vit dans un état de perpétuelle angoisse. Que va-t-on devenir? Que faudrait-il faire pour arrêter le fléau? Les uns demandent des exorcismes pour chasser le démon; les autres veulent qu'on massacre tel ou tel mécréant pour apaiser la colère céleste.

A la faveur de cet affolement général, la maladie s'aggrave et se propage. Les crises convulsives deviennent plus fréquentes et plus bruyantes; le délire qui les accompagne traduit, en les exagérant, les inquiétudes de la population, et ce qui n'était au début que l'explosion insignifiante de quelques cas d'hystérie vulgaire devient une véritable épidémie d'hystéro-démonopathie.

Les épidémies du moyen âge ne se sont pas développées autrement. Les mêmes causes produisent toujours et partout les mêmes effets. Lisez les relations des médecins anciens, lisez les rapports des scènes de possession démoniaque, lisez les documents relatifs aux procès de sorcellerie, vous trouverez partout la description des mêmes symptômes que nous observons aujourd'hui sur nos malades : convulsions, hallucinations, anesthésie, zones douloureu-

ses, paralysies et contractures temporaires, phénomènes extatiques, rien n'y manque.

Assurément il y a dans les caractères extérieurs des manifestations hystériques des différences individuelles dépendant de la mobilité des accidents, de l'irrégularité de leur succession, de la gravité plus ou moins grande de la maladie. Il y a aussi des variations tenant à la race, au degré de culture intellectuelle, au genre de vie des malades, aux idées dominantes sous l'influence desquelles la maladie s'est préparée, aux émotions morales qui ont déterminé son apparition; mais au fond l'hystérie n'a pas changé. Elle est une dans tous les temps et dans tous les lieux, *comme un singe est toujours un singe, qu'il soit habillé de toile ou de pourpre,* selon l'expression d'un des plus farouches persécuteurs des hystériques du XVI[e] siècle, Bodin.

CINQUIÈME LEÇON

NOSOGRAPHIE DE L'HYSTÉRIE

SOMMAIRE

I. Il faut appliquer à l'étude de l'hystérie les procédés de la méthode expérimentale Dangers des interprétations mystiques et du scepticisme systématique.

II. Divisions de l'hystérie fondées sur la marche de la maladie : hystérie aiguë ou chronique.

III. Divisions fondées sur les localisations ou la nature des symptômes : hystérie convulsive ou non convulsive ; hystérie périphérique ou viscérale ; hystérie monosymptomatique ou polysymptomatique.

IV. Divisions fondées sur l'âge ou le sexe des sujets : hystérie infantile, juvénile ou sénile ; hystérie féminine ou masculine. Valeur de ces divisions. Unité de l'hystérie.

Messieurs,

Pour nous guider au milieu du dédale de faits particuliers dont nous aurons à nous occuper par la suite, il me paraît utile de vous indiquer les principes de méthode que nous devrons suivre et de vous faire connaître les divisions plus ou moins justifiées que les nosographes ont établies dans l'histoire de l'hystérie.

I

La méthode a, dans l'espèce, une importance de premier ordre. L'esprit humain est ainsi fait que l'inconnu le trouble et l'irrite. Il veut connaître le *comment* et le *pourquoi* des phénomènes qu'il constate. L'incertitude prolongée l'impatiente, et s'il ne parvient pas assez tôt à découvrir des lois qui le fixent, il abandonne les voies scientifiques et tombe dans les interprétations mystiques ou dans le scepticisme systématique.

C'est ce qui est arrivé à propos de l'hystérie.

On ne comprenait pas ses symptômes étranges, apparaissant brusquement, jetant les perturbations les plus profondes dans les fonctions motrices, sensitives ou psychiques, et guérissant tout à coup sans laisser de traces. On imagina alors que l'intervention directe de Dieu ou du Diable pourrait bien en être la cause, et pendant tout le moyen âge l'hystérie fut considérée comme une maladie d'origine surnaturelle, comme la marque infaillible de la bienveillance divine ou de la possession diabolique. A cette époque et sous l'influence de ces doctrines, l'hystérie conduisait tout droit au bûcher ou à la canonisation; et quand, de loin en loin, une voix courageuse s'élevait pour défendre les droits de l'humanité et de la raison, elle était bientôt étouffée par les anathèmes des théologiens ou les menaces des magistrats. Jean Wier soutient que la plupart des sorcières sont de pauvres malades victimes d'hallucinations; on le traite d'imposteur, de calomniateur; Bodin l'accuse de vouloir « *accroître le règne de Satan* », et, pour avoir écrit de *pareils blasphèmes*, de si *détestables impiétés*, de *telles abominations* « *dont la mémoire fait dresser le poil en la teste* », il déclare charitablement que Jean Wier « *doit souffrir la peine des sorciers* », c'est-à-dire être brûlé vif[1].

Cependant la raison finit toujours par avoir raison. Elle commença à triompher vers la fin du XVIIe siècle. Les ouvrages de Rabelais, de Montaigne, de Bacon, de Harvey, de Descartes avaient déjà transformé l'esprit public. La croyance aux influences surnaturelles ou tout au moins à l'intervention directe du diable dans les affaires humaines avait perdu peu à peu du crédit, et en 1674, un édit de Colbert fit défense aux tribunaux d'admettre désormais l'accusation de sorcellerie.

Les médecins reprirent alors tous leurs droits sur l'hystérie. Quelques-uns l'étudièrent avec une remarquable sagacité, Sydenham, par exemple, dont la *Dissertation sur l'affection hystérique* est datée du 20 janvier 1681. Mais la plupart d'entre eux ne surent pas observer froidement les phénomènes dont ils étaient témoins. Ils les trouvèrent si extraordinaires qu'ils se prirent à douter de leur réalité. Petit à petit, ils en arrivèrent à nier *a priori* tous les faits qu'ils ne comprenaient pas ou à attribuer à d'habiles superche-

[1] *De la démonomanie des sorciers*. Appendice sur la réfutation des opinions de Jean Wier, gr. in-8°. Paris, 1587.

ries les manifestations qu'ils ne pouvaient expliquer. Le mysticisme du moyen âge fut remplacé par le scepticisme systématique.

Pendant près de deux siècles, les classes dirigeantes du mouvement scientifique restèrent dans cet état d'esprit, et pendant tout ce temps l'étude de l'hystérie ne fit presque aucun progrès sérieux.

Pour faire œuvre véritablement utile, il fallait suivre une voie différente. Georget, Louyer-Villermay, Landouzy, Brachet essayèrent de se dégager des préjugés qui avaient embarrassé leurs devanciers; Briquet y réussit pleinement. Placé, par le fait des circonstances, à la tête d'un service où depuis longtemps l'usage s'était établi de diriger les malades atteints d'affections hystériques, il s'aperçut très promptement « qu'on n'avait jamais étudié l'hystérie comme on étudie les autres maladies, en observant d'abord et en concluant ensuite ». « Ce n'était pas, dit-il, les théories qui manquaient, mais bien les faits; il fallait donc étudier ces derniers : c'est ce que je fis. » Et il recueillit patiemment, sans parti pris, sans idée préconçue, les quatre cent trente observations originales qui servent de base aux recherches exposées dans son *Traité théorique et thérapeutique de l'hystérie* publié en 1859.

Malgré ses grandes qualités, l'ouvrage de Briquet n'eut pas l'influence décisive qu'il méritait d'avoir. Longtemps après sa publication, on rencontrait encore des médecins, ne manquant ni d'intelligence ni d'instruction, qui refusaient de s'occuper de l'hystérie sous le prétexte qu'ils ne voulaient être ni les dupes ni les complices de malades imaginaires ou de simulateurs effrontés. Il n'a fallu rien moins que les belles recherches de M. Charcot pour déraciner définitivement ce préjugé et pour ramener le monde savant à une appréciation plus exacte de la réalité.

Aujourd'hui, tout le monde reconnaît que l'hystérie est une maladie réelle, plus complexe peut-être que beaucoup d'autres, mais dépendant, comme toutes les autres, de conditions biologiques naturelles, et que, pour l'étudier avec profit, il faut suivre les préceptes de la méthode expérimentale, c'est-à-dire : multiplier les observations, déterminer les caractères cliniques de chaque symptôme, rechercher les conditions de production de chaque épisode, et ne formuler d'autres lois générales que celles qui se dégagent tout naturellement de la comparaison de séries de faits similaires régulièrement observés.

Que cette méthode présente dans l'application des difficultés spéciales tenant à la multiplicité et à la mobilité des accidents

hystériques; qu'elle exige la mise en œuvre de matériaux considérables patiemment accumulés et méthodiquement analysés, cela n'est pas douteux! Mais comme elle est la seule qui puisse conduire sûrement à la connaissance de la vérité, il convient de la suivre et de rester invariablement attaché à ses principes.

Il convient surtout de se tenir soigneusement en garde contre les systèmes et particulièrement contre cette tendance funeste qui a poussé jadis les médecins à douter de la réalité des phénomènes dont la physiologie du moment ne fournissait pas l'explication.

En réalité, les faits sur lesquels repose aujourd'hui l'histoire de l'hystérie sont entourés de garanties suffisantes pour ne laisser place à aucun doute légitime. Ce sont, il est vrai, des faits d'observation, n'ayant pas, par conséquent, la certitude absolue des solutions mathématiques; mais ce sont des faits bien constatés et, à ce titre, ils ont droit de prendre place dans l'ensemble de nos connaissances scientifiquement acquises. Au fond, ils ne sont ni plus ni moins certains que les autres faits sur lesquels reposent les sciences médicales. Les nier systématiquement, comme le font encore quelques personnes, c'est commettre une erreur de logique. Récuser les preuves sur lesquelles est établie la démonstration de leur réalité sous le prétexte qu'elles ne sont pas d'une certitude absolue, c'est se condamner indéfiniment à l'inaction ou à l'impuissance, car dans les sciences biologiques il n'y a jamais de certitude absolue. Dans ces conditions, il convient de n'être ni trop sceptique ni trop crédule. Il ne faut pas nier *a priori* les faits régulièrement observés par cela seul qu'on ne les comprend pas; il ne faut pas non plus accepter sans contrôle sérieux les récits des malades ou de leur entourage; il faut croire aux faits dûment constatés et ne croire qu'à eux, sans se soucier des interprétations possibles, sans tenir compte des théories à la mode.

II

Lorsqu'une maladie est très compliquée, on cherche à en faciliter l'étude en classant les cas qui la composent en un certain nombre de catégories distinctes. On divise, par exemple, la pneumonie en *aiguë* ou *chronique*, *lobaire* ou *lobulaire*, *primitive* ou *secondaire*, *du sommet* ou *de la base*, *des enfants*, *des vieillards* ou *des adultes*, etc.

Quand il correspond à des variétés cliniques bien différenciées, ce morcellement simplifie les descriptions. Il les rend plus précises et plus exactes; il leur donne plus de relief et plus de netteté. Mais il serait inutile et dangereux s'il était fondé sur des groupements artificiels ou arbitraires. La plupart des divisions introduites par les nosographes dans l'histoire de l'hystérie appartiennent, ainsi que vous allez le voir, à cette dernière catégorie. Celles-là même qui paraissent le plus naturelles, n'échappent pas à une critique sévère.

Ainsi, beaucoup d'auteurs divisent l'hystérie en *aiguë* et *chronique*. Cela semble juste, puisque dans certains cas les accidents hystériques sont fugaces et transitoires, tandis que dans d'autres ils persistent immuables pendant des années. Mais quand on va au fond des choses, on ne tarde pas à s'apercevoir que l'hystérie n'évolue ni comme une maladie aiguë ni comme une maladie chronique. Ses symptômes apparaissent et disparaissent brusquement sans ordre fixe, sous l'influence de causes occasionnelles accidentelles. Un sujet prédisposé arrive jusqu'à l'âge de 20, 30, 40 ans sans avoir jamais présenté de symptômes névropathiques sérieux; il éprouve tout à coup une émotion morale, et le voilà atteint de convulsions ou de paralysie hystérique. Il reste malade pendant un temps indéterminé et indéterminable *a priori;* puis, sous l'influence d'une autre émotion ou d'une médication appropriée, tout rentre dans l'ordre, et le calme persiste jusqu'au jour où une nouvelle cause occasionnelle vient provoquer une nouvelle explosion d'accidents.

La marche de l'hystérie est donc essentiellement variable et aléatoire. Elle résulte de circonstances extérieures au malade et indépendantes de la maladie elle-même.

Aussi, la division de l'hystérie en *aiguë* et *chronique* ne mérite-t-elle pas d'être conservée. Elle repose sur une appréciation inexacte des conditions étiologiques qui créent la diathèse et de celles qui provoquent ses manifestations extérieures. En réalité, la diathèse hystérique, c'est-à-dire la prédisposition latente aux accidents névropathiques de nature hystérique, est toujours chronique puisqu'elle dépend de l'hérédité et fait partie intégrante de la constitution même du sujet. Quant aux accidents qui constituent ce qu'on pourrait appeler les *orages hystériques,* ils ne sont par essence ni aigus ni chroniques. Ils naissent tout à coup à l'occasion d'un événement fortuit, persistent plus ou moins longtemps et se dissipent sous l'influence de circonstances tout aussi aléatoires

que celles qui les ont provoqués. Ceux qui guérissent rapidement auraient persisté si ces circonstances ne s'étaient pas produites, et ceux qui persistent auraient guéri si elles s'étaient produites. La durée des accidents est donc tout à fait contingente; elle ne peut servir de base à une division nosographique.

III

Les symptômes apparents de l'hystérie sont très variables. Les cent hystériques qui ont été traités dans nos salles dans ces dernières années sont entrés à l'hôpital pour les accidents désignés dans le tableau ci-après :

NATURE DE L'ACCIDENT PRÉDOMINANT DANS CENT CAS D'HYSTÉRIE CONFIRMÉE.		HOMMES	FEMMES	TOTAUX
Attaques (43 cas)........	convulsives..................	»	34	34
	de sommeil..................	»	8	8
	de délire..................	»	1	1
Tremblements (6 cas)....	vibratoires..................	2	»	2
	trépidatoires..................	2	»	2
	intentionnels..................	2	»	2
Spasmes rythmiques (12 cas)..............	localisés..................	1	1	2
	systématisés..................	2	1	3
	respiratoires..................	1	6	7
Impotences fonctionnelles électives (5 cas).......	bégaiement..................	1	»	1
	abasie..................	4	»	4
Paralysies (17 cas).......	monoplégiques..................	10	»	10
	hémiplégiques..................	2	2	4
	paraplégiques..................	1	»	1
	de la conscience musculaire....	1	»	1
	avec atrophie musculaire.......	1	»	1
Contractures (3 cas)......	paraplégiques..................	»	1	1
	monoplégiques..................	»	2	2
Accidents gastro-intestinaux (7 cas)...........	anorexie..................	»	1	1
	vomissements..................	1	2	3
	hématémèses..................	»	1	1
	gastralgie..................	»	1	1
	péritonisme..................	»	1	1
Accidents cardiaques (1 c.)	fausse angine de poitrine.......	»	1	1
Accidents cérébraux (2 cas)	céphalée pseudo-méningitique..	»	2	2
Hyperesthésies diverses (3 cas)..............	arthralgie..................	»	1	1
	coccygodynie..................	»	1	1
	sacrodynie..................	»	1	1
Anesthésie (1 cas).......	amaurose..................	»	1	1
		31	69	100

En s'appuyant sur la nature du ou des symptômes prédominant dans chaque cas particulier, on a divisé l'hystérie en : hystérie *convulsive* ou *non convulsive; périphérique* ou *viscérale; mono-symptomatique* ou *poly-symptomatique.*

Il ne faudrait pas attacher à ces divisions plus d'importance qu'elles n'en méritent. Elles sont commodes pour désigner dans le langage courant des groupes de faits ayant entre eux certaines analogies apparentes. Mais il faut bien savoir qu'elles ne correspondent pas à des formes différentes de la maladie. Tout hystérique, par cela seul qu'il est en puissance de la diathèse, peut avoir d'un instant à l'autre toute la série des symptômes ressortissant à l'hystérie. C'est affaire d'occasion et de hasard : tel malade qui a eu une paralysie ou une contracture hystérique à la suite d'un traumatisme, aura plus tard des convulsions ou des tremblements à la suite d'une émotion morale, et *vice versa.*

Rien n'est plus rare, d'ailleurs, que l'hystérie vraiment monosymtomatique. A côté du symptôme culminant qui attire seul l'attention du malade, il y a, dans l'immense majorité des cas, des symptomes latents, des stigmates, qui n'échappent pas à l'exploration d'un médecin attentif et dont la présence est indispensable pour faire le diagnostic. La plupart des accidents hystériques manquent en effet de caractères spécifiques permettant de reconnaître leur nature par l'examen de leurs seules apparences cliniques. Pour les rapporter à leur véritable origine, il faut chercher en dehors d'eux les éléments du diagnostic différentiel.

C'est, du reste, ainsi qu'on est obligé de procéder dans une foule de circonstances, même lorsque les symptômes à déterminer proviennent de lésions organiques bien définies. Dans le tabes, par exemple, aucun des accidents initiaux pris isolément ne suffit à fixer le diagnostic. Mais quand un malade se présente à nous avec des crises de douleurs fulgurantes ou des troubles des fonctions génésiques dont la cause nous échappe, nous explorons les réflexes rotuliens, nous examinons les réactions pupillaires, nous faisons tenir le sujet, les yeux fermés, sur une seule jambe, et si nous constatons l'existence des signes de Westphall, d'Argyll Robertson ou de Romberg, nous concluons au tabes, tout comme nous conclurions à l'hystérie si, avec un tremblement ou un spasme rythmique inexplicable par des altérations matérielles, nous trouvions une hémianesthésie sensitivo-sensorielle ou un rétrécissement notable des champs visuels.

IV

Les divisions de l'hystérie, fondées sur l'âge et le sexe des malades ou sur la nature des causes déterminantes de l'affection n'ont guère plus d'importance que les précédentes. Elles correspondent à des variétés cliniques mal définies et non pas à des espèces nosologiques distinctes. Il est certain que l'hystérie infantile est, en général, moins complète et moins bruyante que l'hystérie juvénile. Les attaques convulsives y sont moins fréquentes et moins nettement caractérisées. Certains accidents comme la toux, la céphalée, l'abasie, se rencontrent plus souvent chez les petites filles ou les petits garçons que chez les adultes. Mais dans un bon nombre de cas les symptômes sont identiques chez des sujets d'âges très différents.

On peut en dire autant de l'hystérie masculine et de l'hystérie féminine. L'homme a moins souvent que la femme des attaques convulsives typiques, des viscéralgies tenaces. Il présente, au contraire, plus fréquemment des paralysies ou des tremblements hystériques. Mais cela ne suffit pas pour légitimer une séparation complète entre l'hystérie de l'homme et celle de la femme.

Je vous ai déjà dit dans une précédente leçon que les divisions fondées sur la notion des causes déterminantes n'avaient pas plus de valeur. L'hystérie émotive, l'hystérie traumatique et l'hystérie toxique ne sont pas des espèces nosologiques distinctes, ce sont des variétés à peine différenciées d'une seule et même maladie.

En résumé, l'hystérie est une et indivisible. Ses manifestations varient selon une foule de circonstances contingentes, mais, au fond, c'est toujours la même maladie qui est en cause. Les divisions qu'on a voulu établir dans son étude n'ont aucune importance nosographique. Les expressions d'hystérie infantile, viscérale, traumatique, etc., signifient que l'hystérie s'est développée chez un enfant, que ses symptômes principaux siègent sur un viscère, qu'ils ont été provoqués par un traumatisme. Mais cela n'implique aucune différence essentielle dans la nature de la maladie.

SIXIÈME LEÇON

DE L'ANESTHÉSIE CUTANÉE DES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Historique. Les marques des sorciers et les stigmates de l'hystérie. Travaux de Gendrin, Briquet, Charcot, etc.

II. Variétés cliniques de l'anesthésie hystérique : anesthésies complètes et incomplètes, totales et partielles. Hypoesthésie, analgésie, thermoanesthésie.

III. Définition et démonstration du phénomène de l'haphalgésie.

IV. Manière de procéder à l'exploration méthodique de la sensibilité cutanée.

Messieurs,

Nous allons commencer aujourd'hui l'étude des symptômes de l'hystérie. Nous nous occuperons tout d'abord des troubles de la sensibilité et plus particulièrement de l'*anesthésie*, dont il me sera facile de vous montrer de nombreux exemples sur les malades qui se trouvent actuellement réunis dans le service. Fidèle aux principes de méthode que je vous exposais dans notre dernière réunion, je désire, en effet, m'attacher surtout à vous montrer des exemples concrets des divers phénomènes dont j'aurai à vous entretenir. La clinique étant une science d'observation, son enseignement doit être essentiellement objectif. Les longues descriptions didactiques seraient ici déplacées; je les éviterai et je me bornerai autant que possible à faire des *leçons de choses*. Nos études y perdront en brillant; elles y gagneront, je l'espère, en utilité.

I

Autrefois, Messieurs, lorsqu'une personne était accusée du crime de sorcellerie, les magistrats chargés de l'instruction commençaient

par accumuler les preuves morales de la possession démoniaque. Ils interrogeaient le prévenu sur sa famille, sur son passé. Ils s'efforçaient, par tous les moyens possibles, de lui faire avouer ses rapports avec Satan. Enfin, avant de prononcer leur sentence, ils procédaient à la recherche de la *marque des sorciers*.

On désignait alors sous le nom de *marque des sorciers* ou de *stigmata diaboli*, des parties des téguments au niveau desquelles la sensibilité était abolie ou tellement émoussée qu'on y pouvait enfoncer des épingles sans que le sujet en ressentît aucune douleur. Les démonologistes et les magistrats attachaient une grande importance à la constatation de ces régions anesthésiques. Notre compatriote Pierre de Lancre, qui, en sa qualité de conseiller du roi au Parlement de Bordeaux, a dirigé le procès des sorcières du pays de Labour et condamné un grand nombre de victimes au bûcher, consacre à leur étude un très curieux chapitre de son livre, intitulé : *Tableau de l'inconstance des mauvais anges*. Comme tous ses contemporains, il attribue *la marque* au contact du diable et la considère comme une très forte preuve du transport des prévenus au sabbat. « *Je croy*, dit-il, *que la marque que Satan imprime à ses suppos est de grande considération pour le jugement du crime de sorcellerie, comme témoignent aussi tous les modernes qui ont été juges comme nous, lesquels tiennent que les marques sont indices si forts et induisent des présomptions si violentes contre les sorciers, qu'estant jointes avec d'autres indices, il est loisible de passer à leur condamnation.* »

Pour la recherche des marques, Pierre de Lancre se faisait habituellement assister par deux personnes : « *un chirurgien estranger, mais néantmoins pour lors habitant de Bayonne, qui, à force de visiter les dits sorciers et rechercher les marques, y devint merveilleusement entendu et suffisant,* » et une fille de dix-sept ans, nommée Morguy, ancienne sorcière, « *mais ayant, depuis, quitté le mestier par la grâce de Dieu.* » C'était principalement elle qui visitait les jeunes filles et les enfants. « *Le chirurgien estoit pour les sorcières..., estant plus raisonnable d'esteindre en luy la concupiscence que telles visites peuvent allumer (luy faisant seulement voir des charognes en vie, si horribles que c'est merveille que le diable mesme les veuille cognoistre), que l'amorcer par la visite, la sonde, l'atouchement et l'espreuve de ces jeunes*

fillettes, qui ne sont, en ce pays là, que trop libres pour laisser voir la marque, en quelque partie qu'elle soit. » Quand il devait rechercher les marques, le chirurgien commençait par bander les yeux aux sorcières, puis il procédait à l'exploration de la sensibilité de la façon suivante : « *Il avoit une espingle en la main gauche, avec la teste de laquelle il faisoit semblant de pincer la sorcière en plusieurs lieux qu'elle ne pouvoit voir, ayant les yeux bandez, et en la main droite il avoit une esguille ou une aleine bien déliée, et, ayant pincé la sorcière avec la teste de l'espingle en plusieurs lieux, elle se trémoussoit et se plaignoit artificiellement, comme si elle eût souffert quelque grande douleur et, néantmoins bien qu'en mesme temps on lui mit l'esguille jusques aux os, elle ne disoit mot*[1]. »

Les médecins partageaient sur ce point les erreurs et les superstitions de l'époque; ils s'employaient même de leur mieux à les propager. Dans une brochure publiée au commencement du XVIIe siècle[2], Jacques Fontaine, « *conseiller et médecin ordinaire du roy et premier professeur en son Université de Bourbon en la ville d'Aix,* » cherche à démontrer « *que le maling esprit marque tous les sorciers et que nul n'est marqué des marques qu'on trouve ordinairement, sans son consentement.* » « *Les marques,* dit-il, *sont les preuves les plus asseurées de sorcellerie, comme immuables et qui ne sont subjectes au soupçon de fausseté.* »

En homme habitué aux difficultés du diagnostic, Jacques Fontaine établit les caractères différentiels des marques diaboliques et des affections pathologiques qui pourraient les simuler. La paralysie et la ladrerie, dit-il, rendent les parties du corps insensibles; mais, si l'on vient à piquer ces parties, il s'en écoule du sang, tandis que quand on pique les marques, elles ne rendent aucune humeur. Les verrues, les cors sont aussi insensibles; mais on les distingue par les élevures qu'ils forment au-dessus de la peau. Dans la gale, les dartres et autres maladies, les croûtes seules sont insensibles, et au-dessous d'icelles « *on trouve un sentiment exquis* ». « *Partant, les marques des sorciers sont*

[1] Pierre de Lancre, *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons*, etc., petit in-4°. Paris, 1612, p. 181 à 192.

[2] *Des marques des sorciers et de la réelle possession que le diable prend sur le corps des hommes*, etc. Dédié à la reyne régente de France, par Jacques Fontaine, à Lyon, 1611.

distinguées de toutes les sortes de maladies qui ont accoustumé de survenir au corps humain. »

Pour le Dr Fontaine, les parties marquées sont des parties sèches et froides : elles ne sentent pas; elles ne saignent pas quand on les pique; elles ne sont pas nourries par des humeurs naturelles; elles sont mortes. « *Mais on dira que, selon la doctrine des médecins, ou le mort tue le vif ou le vif chasse le mort... Nous répondons à cet argument : Quand la mortification d'une partie naît d'une humidité corrompue, lors le mort tue le vif qui lui est voisin; mais quand le mort est sec, comme sont les marques des sorciers, la proposition est fausse. Car ce qui apporte la mort à la partie est l'infection; or, est-il que l'infection est engendrée par la vapeur infecte; le sec ne produit point de vapeur, et partant les marques des sorciers ne causent aucune infection aux parties qui les touchent, et partant point de mort.* »

Il reste un point important à résoudre : comment le diable fait-il les marques sur les corps des sorciers? Sur ce point J. Fontaine n'est pas aussi affirmatif que sur les autres. C'est probablement, dit-il, avec le fer chaud et un certain onguent, et si ces moyens ne produisent pas d'eschares ni de cicatrices, c'est que Satan « *est si suffisant opérateur qu'il a le moyen d'appliquer le feu près du corps sans produire aucune eschare* ».

En somme, les théologiens, les magistrats et les médecins étaient d'accord pour considérer les marques comme des preuves à peu près certaines de la possession diabolique. Malheur au prévenu qui s'était laissé enfoncer l'épingle dans la peau sans crier! La découverte des marques terminait l'instruction et démontrait la culpabilité. L'accusé n'avait plus qu'à se repentir, en attendant l'heure du supplice.

De nos jours, quand une personne est soupçonnée d'hystérie, le médecin procède vis-à-vis d'elle comme le faisaient les juges du moyen âge, dans les enquêtes qu'ils dirigeaient contre les sorcières. Il commence par accumuler les preuves morales de l'existence de la névrose. Il interroge le malade sur ses antécédents héréditaires et morbides. Il s'enquiert de la nature et des caractères des accidents actuels. Enfin, avant d'affirmer son diagnostic, il explore attentivement la sensibilité du sujet; il soumet la peau, les muqueuses, les organes des sens à des examens réguliers, et dans la grande majorité des cas, il découvre, au cours de ces

examens, des troubles sensitifs qu'on considère maintenant comme de véritables *marques de la possession hystérique*, comme des *stigmates de l'hystérie*.

Depuis que la critique historique est arrivée à démontrer que la plupart des prétendues sorcières du moyen âge n'étaient que de vulgaires hystériques, on comprend très bien comment l'anesthésie cutanée était si fréquente chez les personnes accusées du crime de sorcellerie. Mais ce qui doit rester pour nous un sujet d'étonnement et d'humiliation, c'est que pendant plusieurs siècles les médecins aient ignoré l'existence ou méconnu la valeur séméiologique d'un symptôme banal, vulgaire, facile à observer, et que, par le fait de leur ignorance, ils soient devenus les propagateurs de superstitions absurdes et les complices de cruautés abominables.

En fait, il y a à peine cinquante ans que l'anesthésie des hystériques est connue des médecins. Les auteurs anciens, même ceux qui ont étudié l'hystérie avec le plus de sagacité, Sydenham (1681), Louyer-Villermay (1816), Georget (1824), Landouzy (1846), n'en font aucune mention.

Les premières observations régulières relatives à l'anesthésie hystérique datent de 1843. A cette époque Piorry [1] en montra des exemples à son cours de clinique. Un an après, Macario [2] en publia quelques cas dans un mémoire souvent cité sur la paralysie hystérique; mais c'étaient là des faits isolés, que tout le monde considérait comme des curiosités pathologiques, plus intéressantes par leur rareté que par leur importance clinique.

Gendrin paraît avoir reconnu, le premier, la fréquence et la valeur diagnostique des troubles sensitifs chez les hystériques. Dans une lettre adressée à l'Académie de médecine de Paris le 11 août 1846, cet observateur distingué s'exprimait dans les termes suivants : « L'hystérie, disait-il, n'est point uniquement caractérisée par des attaques spasmodiques reproduites par intervalles; c'est une maladie continue qui présente toujours, dans les intervalles des attaques, des symptômes qui suffisent pour la caractériser. Dans tous les cas d'hystérie, sans exceptions, depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison, il existe un état d'insensibilité générale ou partielle. Au plus léger degré l'anesthésie n'occupe que certaines régions de la peau; au plus

[1] Cité par Briquet.
[2] Macario, *Annales médico-psychologiques*, 1844.

haut degré elle occupe toute la surface tégumentaire et celle des membranes muqueuses accessibles à nos moyens d'investigation, telles que la conjonctive, la pituitaire, la muqueuse bucco-pharyngienne, celle du rectum, du canal de l'urètre, de la vessie, du vagin. Il n'est pas très rare que l'anesthésie existe dans les organes des sens et qu'elle s'étende dans les parties profondes. Certaines malades perdent jusqu'à la conscience de la position de leurs membres et des actes de la locomotion. Il n'y a pas de rapport constant entre le degré de l'anesthésie et l'intensité et la fréquence ou la forme des attaques, etc. »

Ces opinions furent accueillies avec une certaine méfiance; mais elles furent bientôt confirmées par des observations tout à fait démonstratives.

En 1847, Henrot développa les idées de Gendrin dans une thèse très soignée ayant pour titre : *De l'anesthésie et de l'hyperesthésie hystériques*[1]. Puis vinrent les mémoires de Skokalsky[2], E. Mesnet[3], A. Voisin[4] et, en 1859, le livre de Briquet[5].

Briquet étudia l'anesthésie hystérique avec un soin et une perspicacité des plus remarquables. Il affirma la fréquence de ce symptôme. Sur 400 malades étudiés par lui, il en trouva 340, c'est à dire 60 pour 100, qui présentaient des signes évidents et bien constatés d'anesthésie cutanée. Cette anesthésie était quelquefois disposée en îlots irrégulièrement disséminés sur la surface du tégument; quelquefois elle était exactement limitée à une moitié latérale du corps; quelquefois, enfin, elle était uniformément répandue sur tout le corps. Souvent elle s'étendait aux muqueuses et aux organes des sens.

Les recherches de Briquet méritaient à tous égards de fixer l'attention des observateurs sérieux. Cependant, bien peu de personnes s'occupèrent d'en contrôler les résultats. La plupart des médecins restaient indifférents ou sceptiques à l'égard de l'hystérie, et ce fut une sorte de révélation quand, en 1872, M. le professeur Charcot, développant l'histoire de l'hémianesthésie[6],

[1] H.-A. Henrot, *De l'anesth. et de l'hyperesth. hystériq.* Th. doct., Paris, 1847, n° 50.

[2] Skokalsky, *Ueber Anæsthesia und Hyperesthesia bei hysterischen Frauen (Prager Vierteljahresbericht,* 1851).

[3] E. Mesnet, *Étude des paralysies hystériques.* Th. doct., Paris, 1852, n° 20.

[4] A. Voisin, *De l'anesthésie cutanée hystérique (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie,* 1858).

[5] P. Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859.

[6] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux,* 1872, t. I, X^e leçon : *De l'hémianesthésie hystérique.*

démontra par de nombreux exemples la réalité et la fréquence de ce symptôme chez les hystériques. A cette époque, l'enseignement de M. Charcot attirait déjà à la Salpêtrière beaucoup de savants français et étrangers. Je me rappelle encore la stupéfaction qui se peignait sur tous leurs visages lorsque le maître enfonçait sans hésiter de longues épingles d'acier dans les membres anesthésiques des hystériques de son service. Remarquez que presque tous les médecins qui étaient si grandement surpris par ces expériences avaient lu le livre de Briquet. Interrogés sur les symptômes de l'hystérie, pas un d'eux n'eût oublié de signaler l'anesthésie cutanée; mais cette anesthésie, qu'ils connaissaient de réputation, ils ne l'avaient pas vue par eux-mêmes, ils ne l'avaient jamais directement constatée, et ils n'imaginaient pas qu'elle pût avoir des caractères aussi nets.

Quoi qu'il en soit, les démonstrations faites par M. Charcot et les recherches poursuivies sous sa direction à la Salpêtrière eurent pour résultat de vulgariser la connaissance de l'anesthésie hystérique et de mettre l'existence de ce symptôme au-dessus de toute contestation. Elles peuvent être légitimement considérées comme le point de départ des nombreux travaux qui ont été publiés depuis une quinzaine d'années sur ce sujet.

II

L'anesthésie cutanée est caractérisée par l'abolition totale ou partielle, complète ou incomplète, des perceptions sensitives ayant leur point de départ dans la peau.

Dans les conditions physiologiques, vous le savez, la peau nous fournit des sensations multiples et complexes de contact, de pression, de température, etc., et si une excitation trop forte vient à être appliquée sur un point quelconque de sa surface, le sensorium en est aussitôt informé par une perception douloureuse dont la nature et l'intensité sont en rapport avec la qualité et la violence de l'excitation provocatrice.

La peau anesthésique a perdu en totalité ou en partie sa sensibilité normale. Elle est insensible à tous les modes d'excitation ou seulement à quelques-uns d'entre eux. C'est vous dire qu'il existe dans l'anesthésie des degrés et des variétés que nous allons étudier sur nature.

Voici une malade qui est atteinte d'*anesthésie totale et complète.* Je traverse sa main avec une épingle, je brûle avec un thermocautère la pulpe de ses doigts, je pince de toutes mes forces un pli de la peau de son avant-bras, tout cela laisse notre malade indifférente; elle ne sent pas le contact, elle ne souffre pas quand on la pique, quand on la pince ou quand on la brûle. Son anesthésie est donc *totale,* puisqu'elle porte sur tous les modes de la sensibilité cutanée, et *complète,* puisque les excitations les plus énergiques ne sont suivies d'aucune perception.

Voici une autre malade chez laquelle l'anesthésie est *totale* et *incomplète.* Chez elle, les sensibilités cutanées sont émoussées, non abolies. Les contacts sont perçus, pourvu qu'ils soient un peu énergiques. Les piqûres, les pincements, les brûlures provoquent des sensations désagréables, mais beaucoup moins vives que chez les personnes dont la peau a conservé sa sensibilité normale. On a donné le nom d'*hypoesthésie* à cet affaiblissement des sensibilités cutanées.

L'anesthésie peut être *partielle.* Il existe même plusieurs variétés d'*anesthésies partielles,* car l'un ou l'autre des différents modes de la sensibilité cutanée peut être aboli alors que les autres sont conservés. Je vais vous montrer quelques exemples des principales variétés de l'anesthésie partielle.

a) Voici une malade qui ne ressent pas la moindre douleur lorsqu'on soumet sa peau à des excitations violentes, bien qu'elle perçoive encore très nettement le simple contact des corps étrangers, le frôlement et le chatouillement. Les yeux fermés, elle se rend parfaitement compte de la forme, de la dimension, de l'état lisse ou rugueux des objets qu'on place dans sa main. Elle peut reconnaître, par le simple contact, une étoffe de soie ou de toile; elle distingue un corps sec d'un corps mouillé; et cependant si nous traversons de part en part la pulpe de ses doigts avec une épingle, elle n'en éprouve pas de douleur. Un jour elle s'est brûlée profondément la main avec un fer à lisser sans s'en apercevoir. Elle se rendait bien compte qu'elle touchait un fer chaud, mais comme elle ne souffrait pas à son contact, elle ne pensait pas qu'il fût assez chaud pour brûler les chairs. Cette variété d'anesthésie partielle, dans laquelle les sensations tactiles sont conservées tandis que les sensations douloureuses sont abolies, a reçu le nom d'*analgésie.*

b) La *thermoanesthésie* est une autre forme de dissociation morbide des sensations cutanées. Les malades qui en sont atteints perçoivent les contacts, ils souffrent quand on les pince ou quand on les pique, mais on peut les brûler profondément sans qu'ils en aient conscience. Ils ne sentent pas les excitations thermiques. Voici un jeune homme hystérique qui présente ce phénomène de la thermoanesthésie sur tout le membre inférieur gauche. On peut plonger indifféremment son pied gauche dans de l'eau glacée ou dans de l'eau très chaude, sans qu'il en soit impressionné. On peut, comme je le fais maintenant, promener le thermocautère rougi sur la peau de sa cuisse, sans qu'il en éprouve la moindre souffrance; et cependant il sent les contacts et se plaint vivement si on le pince ou si on le pique.

c) Chez quelques malades on observe une perte absolue des perceptions tactiles et douloureuses, sauf de celles qui résultent des excitations thermiques. M. Franz Müller a publié un cas de ce genre. Il s'agissait d'une petite hystérique qui était hémianesthésique du côté gauche. Elle ne sentait plus, de ce côté, ni les contacts, ni les pincements, ni les piqûres, mais elle percevait très bien les sensations de chaud et de froid [1].

d) Il arrive quelquefois que les sensations électriques sont seules abolies. Les sensibilités cutanées au contact, aux températures, à la douleur sont intactes, et cependant les malades ne ressentent pas la sensation spéciale à laquelle donne lieu, chez les sujets normaux, le passage à travers la peau d'un courant faradique intense.

e) On a constaté enfin, chez quelques malades, la persistance de la sensibilité électrique sur des parties du tégument où tous les autres modes de sensibilité étaient abolis. M. Charles Richet [2] a fait connaître en France cette variété particulière d'anesthésie partielle qui se trouve nettement signalée dans une thèse soutenue à Berlin, en 1869, par M. von Rabenau [3] et qui du reste n'est pas très rare.

[1] Franz Müller, communication au Congrès médical de Steyermark, séance du 30 mars 1885, à Graz. Anal. in *Giornale di neuropatologia,* 1885, p. 126.

[2] Ch. Richet, *Gazette médicale de Paris,* 1876, n° 9.

[3] Friedrich von Rabenau, *Ueber die Sensibilitätsstörungen bei Hysterischen,* Berlin, 1869. « Ebenso sah ich, bei einer sonst total anästhetischen Haut, das ein faradisches Strom von so geringer Intensität, dass andere Kranke and Gesunde ihn auf dem Dorsum Manus kaum als empfenlich bezeichneten, von der Kranken empfunden wurde

En voici un exemple tout à fait typique. Albertine M... est anesthésique du côté gauche du corps. Je pince, aussi fortement que je le puis, la peau de son avant-bras gauche, sans qu'elle en éprouve la moindre douleur; je la pique profondément, je la brûle, sans que la malade s'en aperçoive; mais si je fais passer un courant faradique de moyenne intensité à travers la peau de ces mêmes régions qui sont insensibles à la piqûre, à la brûlure et au pincement, elle se plaint très vivement.

Nous venons de passer en revue les principales variétés de l'anesthésie cutanée des hystériques. Pour vous en faciliter l'étude, je vous engage à jeter un coup d'œil sur le tableau synoptique suivant :

VARIÉTÉS DE L'ANESTHÉSIE CUTANÉE DES HYSTÉRIQUES.

ANESTHÉSIE	1° TOTALE, c'est à dire portant sur toutes les perceptions sensitives.	a. Complète : *anesthésie proprement dite.*
		b. Incomplète : *hypoesthésie.*
	2° PARTIELLE, c'est à dire portant sur certaines sensations, les autres étant conservées.	a. Perte des sensations douloureuses avec conservation des sensations tactiles : *analgésie.*
		b. Perte des sensations thermiques avec conservation des sensations tactiles et douloureuses : *thermo-anesthésie.*
		c. Perte des sensations tactiles et douloureuses avec conservation des sensations thermiques : *anesthésie avec thermoesthésie.*
		d. Perte isolée des sensations électriques : *électro-anesthésie.*
		e. Conservation isolée des sensations électriques : *anesthésie avec électroesthésie.*

Je ne dois pas vous laisser ignorer que toutes les formes d'anesthésie qui figurent sur ce tableau ne sont pas également fréquentes. L'anesthésie complète, l'hypoesthésie et l'analgésie sont très communes. La thermoanesthésie et l'anesthésie avec électroesthésie sont moins fréquemment observées. Quant aux autres variétés, elles sont tout à fait exceptionnelles.

Vous remarquerez, Messieurs, que je n'ai pas fait figurer dans ce tableau *la perte isolée des sensations tactiles*. C'est qu'en

und eine geringe Steigerung schon als Schmerz bezeichnet wurde. Ich sah dieses Verhalten vier Mal ausserdem; bei einer der Kranken weis ich zwar nicht anzugeben, in welches Stärke der Strom angewendet wurde. Bei den drei übrigen Kranken wurden Ströme mittlerer Intensität bei sonst totaler Anästhesie percipirt. » (P. 15.)

effet cette forme d'anesthésie partielle n'appartient pas à l'hystérie. On l'observe souvent chez des malades atteints de lésions organiques de la moelle ou des nerfs périphériques, mais on ne la rencontre pas chez les hystériques.

Je ne vous ai pas parlé non plus, pour les mêmes raisons, de certains troubles des perceptions sensitives qui sont très communs dans les affections organiques du système nerveux, par exemple du retard et du redoublement des perceptions, des erreurs dans la localisation des sensations, etc. Ces phénomènes sont habituellement sous la dépendance de lésions matérielles des nerfs périphériques ou de la moelle épinière. Par cela seul qu'on constate leur existence chez un malade, on doit presque éliminer l'hypothèse de l'hystérie.

On a quelquefois signalé chez des hystériques une perversion des perceptions thermiques, par suite de laquelle les corps froids donnaient aux malades une sensation de brûlure insupportable, tandis que les corps chauds leur paraissaient glacés; mais cette forme de paresthésie est tout à fait exceptionnelle. En revanche, il n'est pas excessivement rare d'observer, chez les malades de ce genre, une forme très singulière de perversion sensitive, à laquelle j'ai donné le nom d'*haphalgésie* et sur laquelle je dois vous fournir quelques détails.

III

L'haphalgésie (άφή, contact, et ἄλγος, douleur) est une variété de paresthésie caractérisée par la production d'une sensation douloureuse intense à la suite de la simple application sur la peau de certaines substances qui ne provoquent, à l'état normal, qu'une sensation banale de contact. Une de nos anciennes hystériques, que j'ai priée de venir aujourd'hui à la clinique, présente à un haut degré ce singulier phénomène.

Voici, en quelques mots, l'histoire de notre malade :

Thérèse C..., âgée de trente-trois ans, est la fille d'un père apoplectique et d'une mère nerveuse d'un caractère extrêmement violent. Vers l'âge de dix-sept ans, elle est devenue sujette à des évanouissements périodiques, accompagnés de raideur des membres et survenant à peu près régulièrement à toutes les époques menstruelles. Mariée, à dix-neuf ans, avec un gabarier, elle fut depuis lors débarrassée de ses évanouissements. Elle eut, peu de

temps après son mariage, deux grossesses qui se terminèrent heureusement.

Le 20 août 1877, un orage violent éclata à Bordeaux. Thérèse C... était fort inquiète, parce que son mari se trouvait, ce jour-là, en voyage sur l'embouchure de la Gironde. Au plus fort de la bourrasque, elle s'approcha de la fenêtre de sa chambre pour en assurer la clôture; mais, à ce moment même, un éclair traversa le ciel, et la fenêtre, mal assujettie, s'ouvrit violemment. Thérèse, épouvantée, tomba à la renverse et perdit connaissance. Elle eut alors une attaque convulsive qui dura pendant neuf heures consécutives (de huit heures et demie du soir à cinq heures du matin), malgré toutes les tentatives faites par un médecin du quartier pour l'arrêter.

A partir de ce jour, Thérèse C... a été constamment en proie à des accidents hystériques variés : péritonisme, convulsions, délire, paralysies ou contractures des membres, etc. Elle est entrée pour la première fois à l'hôpital en 1882, à cause d'une chorée hystérique, et quand je procédai à l'examen régulier de sa sensibilité cutanée, je constatai déjà les mêmes phénomènes que je vais vous montrer.

Tout le côté gauche du corps est anesthésique. Les frôlements légers de la peau, les pincements énergiques, les piqûres, les brûlures, les excitations électriques, même très fortes, ne donnent lieu à aucune perception; mais si on vient à appliquer sur cette peau anesthésique certains métaux, la malade éprouve aussitôt une sensation très désagréable et se recule vivement. Le cuivre, le laiton, l'argent et l'or sont les métaux dont l'action haphalgésique a le plus d'intensité. Vient-on à placer dans la main gauche de Thérèse une pièce de monnaie, la main se ferme vivement et se contracture avec une telle énergie qu'il faut développer des efforts considérables pour la rouvrir. Pendant ce temps, la malade s'agite, pousse des cris et, après quelques secondes, elle a une attaque convulsive.

Les mêmes phénomènes se produisent lorsqu'elle touche un bouton de porte métallique ou un chandelier en cuivre. Elle a dû proscrire de son ménage tous les objets en cuivre, à cause des accidents auxquels leur contact involontaire donnait lieu. Elle ne peut toucher des bijoux en or ou compter de l'argent que de la main droite, dont la sensibilité est normale. Elle compare la douleur que lui fait éprouver le contact de ces métaux à une sensation indéfinissable de vibration chaude, plus désagréable assurément que celle que provoque du côté opposé le passage d'un fort courant faradique. Bien que la conctracture musculaire accompagne la douleur, il est à remarquer que la sensation douloureuse est tout à fait indépendante de la contraction des muscles. En voici la preuve : j'applique une pièce d'or sur le lobule de l'oreille de la malade, et celle-ci se plaint tout aussi vivement que lorsque le métal est placé en contact avec des parties de peau qui recouvrent des masses musculaires.

Quand on constate, pour la première fois, des phénomènes étranges comme ceux dont je viens de vous entretenir, on est

toujours un peu disposé à les attribuer à des supercheries des malades ou à des influences imaginaires. Je n'ai pu me défendre de ce sentiment, et pour m'édifier sur sa légitimité, j'ai fait fabriquer, avec des métaux différents et avec diverses substances non métalliques (verre, porcelaine, caoutchouc, bois, etc.), des disques d'un diamètre uniforme. Puis, après avoir soigneusement bandé les yeux de la malade, j'ai appliqué successivement ces diverses substances au contact de sa peau. En procédant ainsi, j'ai pu m'assurer que certaines substances (cuivre, laiton, or, argent) étaient toujours très actives; que d'autres (plomb, étain, porcelaine, verre, ivoire, caoutchouc, bois d'ébène et de buis) étaient toujours indifférentes; que d'autres enfin (fer, acier, zinc, bois de noyer) donnaient lieu à une sensation désagréable, mais supportable. L'expérience, refaite plusieurs fois et à des intervalles assez prolongés, ayant toujours donné les mêmes résultats, j'en ai conclu que l'hypothèse d'une supercherie volontaire ou d'une répulsion purement imaginaire pour certaines substances devait être écartée, et j'ai recherché sur d'autres malades le phénomène de l'haphalgésie.

Je ne l'ai rencontré, je dois le dire, qu'un petit nombre de fois. Il était cependant très net chez cette jeune fille de dix-huit ans, nommée Pauline T..., que vous avez vue pendant près de cinq mois au nº 12 de la salle 7. C'était une hystérique à accès convulsifs très violents et très fréquents. Elle était anesthésique du côté gauche du corps. Lorsqu'on venait à toucher sa peau avec de l'argent, elle éprouvait au point de contact du métal une sensation de brûlure qui augmentait rapidement d'intensité et devenait assez vive, si on prolongeait l'application, pour provoquer des cris et donner lieu à l'explosion d'attaques convulsives. Chez elle, l'haphalgésie existait aussi bien du côté droit (non anesthésique) que du côté gauche (anesthésique). La sensation de brûlure était même plus vive à droite qu'à gauche. Le cuivre, le laiton, le plomb, le zinc, l'acier, l'étain, la porcelaine avaient une action à peu près semblable à celle de l'argent, mais cependant moins intense. Le fer, l'ivoire, le verre, le bois, le caoutchouc ne provoquaient qu'un léger agacement. L'or était absolument inactif.

Je n'essaierai pas, Messieurs, de vous fournir une explication physiologique plausible de cet étrange phénomène de l'haphalgésie [1]. Je me contente de vous signaler son existence chez certaines

[1] Voir sur ce sujet: Alfred Binet, *Contribution à l'étude de la douleur chez les hystériques* (*Revue philosophique*, août 1889).

hystériques et de vous dire qu'il a très vraisemblablement une valeur séméiologique sérieuse, car je ne l'ai jamais rencontré que chez des malades atteints d'hystérie avérée.

IV

Il résulte de l'étude que nous venons de faire ensemble des différentes variétés de l'anesthésie cutanée des hystériques, que pour avoir des notions exactes sur l'état de la sensibilité de la peau chez les malades de ce genre, il ne suffit pas, comme on le fait trop souvent, de piquer ou de pincer quelques points du tégument, et de conclure d'après cet examen sommaire. Il faut étudier successivement et avec méthode les divers modes de la sensibilité cutanée. Il n'est pas nécessaire de se munir pour cela des instruments qui ont été proposés par divers auteurs pour mesurer la sensibilité. Les œsthésiomètres de Weber, de Sieveking, de Manouvriez peuvent être utiles dans certaines recherches spéciales; ils ne sont pas indispensables dans les explorations cliniques habituelles. Ce qui importe au clinicien, c'est de découvrir les troubles sensitifs existants, non de les mesurer mathématiquement. Vous arriverez au but en procédant de la manière suivante:

Après avoir fermé les yeux du malade, vous rechercherez l'état de sa *sensibilité tactile,* en passant légèrement le bout du doigt ou un corps étranger sur différents points de sa peau, ou encore en plaçant dans sa main de petits objets dont vous le prierez d'indiquer la forme et la nature. La façon dont votre malade supportera les piqûres et les pincements vous donnera des indications sur l'état de sa *sensibilité à la douleur*. Vous serez fixés sur le degré de sa *sensibilité électrique* en lançant à travers sa peau des courants faradiques d'intensité graduellement croissante. Vous apprécierez l'état de sa *sensibilité thermique* en laissant tomber, sur différents points de son corps, des gouttes d'eau froide ou chaude. Enfin, bien que l'*haphalgésie* ne soit pas très fréquente et que sa valeur séméiologique ne soit pas encore exactement déterminée, je vous engage à terminer votre examen par la recherche de cette variété de paresthésie.

SEPTIÈME LEÇON

DE L'ANESTHÉSIE CUTANÉE DES HYSTÉRIQUES *(fin)*.

SOMMAIRE

I. Symptômes de l'anesthésie cutanée des hystériques : 1° abolition des réflexes au chatouillement, sauf, dans quelques cas, du réflexe de Rosenbach ; 2° conservation des réflexes vasculaires, érecteurs, sécrétoires, et du réflexe sensitif pupillaire ; 3° absence de sensations subjectives désagréables et d'incommodités notables. Indifférence remarquable avec laquelle les hystériques supportent leur anesthésie. Conséquences pratiques de cette indifférence.

II. Phénomènes morbides éventuellement associés à l'anesthésie cutanée : 1° abaissement de la température locale et ralentissement de la circulation capillaire ; 2° absence d'hémorragies après les piqûres, causes de ce phénomène ; il n'est pas en rapport constant avec l'insensibilité cutanée ; autres anomalies des réactions vaso-motrices de la peau des hystériques ; 3° amyosthénie.

III. L'anesthésie cutanée ne peut être simulée. Moyens à employer pour déjouer les supercheries.

Messieurs,

J'ai cherché à vous faire connaître, dans la leçon précédente, les différentes variétés de l'anesthésie cutanée des hystériques. Je voudrais vous parler aujourd'hui des phénomènes morbides qui accompagnent la perte de la sensibilité de la peau. Parmi ces phénomènes, les uns dépendent directement de l'anesthésie dont ils sont, à proprement parler, les symptômes ; les autres coexistent souvent avec l'anesthésie, mais ne sont pas liés à elle par un rapport nécessaire de causalité. Nous nous occuperons tout d'abord des premiers.

I

Les principaux symptômes de l'anesthésie cutanée des hystériques sont : 1° l'abolition de la plupart des réflexes consécutifs au chatouillement de la peau ; 2° la conservation des réflexes dits

organiques et du réflexe pupillaire sensitif; 3° l'absence de sensations subjectives et d'incommodités notables.

1° *Abolition des réflexes consécutifs au chatouillement de la peau.* — En règle générale, les réactions motrices qui suivent le chatouillement de la peau sont directement proportionnelles au degré de la sensibilité cutanée; elles sont violentes si la peau est très sensible, elles sont faibles si la peau est hypoesthésique, elles sont abolies si la peau est complètement insensible.

Vérifions tout de suite cette règle sur quelques-unes de nos malades.

Voici une hystérique dont la sensibilité cutanée est conservée sur le côté gauche du corps et abolie sur le côté droit. Si l'on vient à passer légèrement les doigts sur la plante de son pied gauche, on détermine une réaction musculaire très vive dans tout le membre correspondant. Si on la chatouille sous l'aisselle gauche, elle frémit et repousse précipitamment la main de l'expérimentateur. Rien de semblable ne se produit lorsqu'on excite la peau du côté droit anesthésique. Les frictions légères ou énergiques de la plante du pied droit, le chatouillement de la moitié latérale droite du thorax ne déterminent ni sensations ni mouvements réflexes.

Chez toutes nos autres malades, les réflexes au chatouillement sont abolis dans les parties anesthésiques de la peau.

Il convient pourtant de faire quelques réserves au sujet du réflexe abdominal décrit par M. Rosenbach[1]. D'après cet observateur, l'excitation superficielle de la peau des parties latérales de l'abdomen déterminerait, à l'état normal, une contraction brusque des muscles sous-jacents. Ce réflexe serait aboli dans certains cas de lésions cérébrales, mais dans l'hystérie il serait toujours conservé sans atténuation, même dans les cas où il y aurait anesthésie de la peau.

Formulée dans ces termes absolus, la loi de M. Rosenbach n'est pas à l'abri de toute critique. Il est certain toutefois que le réflexe abdominal n'est pas en rapport aussi direct avec la sensibilité cutanée que les autres réflexes au chatouillement, que le réflexe plantaire en particulier. Notre malade va nous en fournir la preuve. Chez elle, la peau de la moitié droite du ventre est complètement anesthésique, et cependant les muscles du ventre se

[1] O. Rosenbach, *Centralblatt für Nervenkrankheiten,* von Erlenmeyer, 1879, n° 9, p. 193.

contractent si l'on vient à passer légèrement le doigt sur la région de l'hypocondre droit. Le réflexe est beaucoup plus énergique quand l'excitation est portée sur le côté gauche de l'abdomen, mais il n'est pas totalement aboli à droite, malgré l'anesthésie totale et complète de la peau de ce côté. J'ai vu d'autres hystériques, hémianesthésiques, chez lesquelles le réflexe abdominal était aboli des deux côtés. Il n'y a donc pas lieu d'attribuer à ce symptôme la valeur diagnostique que semblaient devoir lui donner les recherches de M. Rosenbach.

2° *Conservation des réflexes organiques et du réflexe pupillaire sensitif.* — Si l'anesthésie des téguments abolit la plupart des réactions motrices consécutives au chatouillement, en revanche elle ne modifie pas d'une façon notable les réflexes *vasculaires* et *sécrétoires*. Ainsi les sinapismes déterminent habituellement la rubéfaction de la peau aussi bien sur les parties insensibles que sur les parties sensibles. Les vésicatoires se comportent identiquement de la même façon sur la peau normale et sur la peau anesthésique. Tout récemment j'ai fait placer à la même heure deux petits vésicatoires, l'un sur la cuisse droite anesthésique, l'autre sur la cuisse gauche sensible de Paule C... Huit heures après, l'épiderme était soulevé des deux côtés par une bulle remplie de sérosité, et les petites plaies ont guéri exactement dans le même laps de temps du côté gauche sensible et du côté droit complètement insensible.

Romberg signale parmi les symptômes de l'anesthésie cutanée la facilité avec laquelle les parties insensibles se mettent en équilibre de température avec les milieux qui les environnent. « Elles sont, dit-il, incapables de résister, comme le font les parties sensibles, aux variations de la température extérieure, et subissent par le fait de ces variations en plus ou moins, des modifications nutritives qui ne se produisent pas lorsque les nerfs cutanés ont conservé leur sensibilité [1]. »

Cette observation de Romberg est parfaitement juste dans certains cas d'anesthésie dépendant de lésion des nerfs périphériques, mais elle ne l'est pas dans l'anesthésie hystérique. J'ai fait souvent plonger pendant quelques minutes dans de l'eau très froide ou très chaude les mains ou les pieds de quelques-unes de

[1] Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*, 3e édit. Berlin, 1853, t. I, p. 240.

nos hystériques hémianesthésiques, et je n'ai jamais pu saisir de différences appréciables dans les réactions vasculaires d'un côté à l'autre; toujours la température m'a paru s'abaisser ou s'élever également dans les parties immergées du côté anesthésique et dans celles du côté sensible. J'aurais été du reste fort étonné d'obtenir d'autres résultats, car j'avais déjà bien souvent remarqué que pendant l'hiver les hystériques ne sont pas plus sujettes à avoir des engelures dans les régions du corps où siège l'anesthésie que dans les autres, et que, pendant l'été, elles transpirent pareillement des parties sensibles et des parties insensibles du tégument.

Il serait intéressant de savoir d'une façon précise si les *réflexes cardiaques et respiratoires* succédant aux excitations cutanées sont modifiés par le fait de l'anesthésie de la peau. Mais, pour étudier cette question, il faudrait provoquer des excitations violentes, brutales, qu'il n'est pas possible d'utiliser dans l'expérimentation *in anima nobili*. Il est probable cependant que l'anesthésie cutanée ne supprime pas les réflexes dont nous parlons, car l'administration des douches froides détermine chez les hystériques atteints d'anesthésie générale les mêmes symptômes d'angoisse cardiaque et respiratoire que chez les personnes dont la peau est normalement sensible.

Briquet a remarqué que les *organes érectiles* peuvent devenir turgescents par suite de l'excitation de la peau qui les recouvre lors même que cette peau serait complètement anesthésique. Le fait est parfaitement exact. Voici une malade dont le sein est totalement insensible. Je presse entre mes doigts son mamelon, je le traverse de part en part avec une épingle; cela ne produit aucune sensation. Néanmoins vous voyez que ce mamelon excité est devenu turgescent, qu'il est entré en érection. Briquet affirme que le clitoris anesthésique se comporte de la même façon que le mamelon. Cela est probable, mais pour des raisons sur lesquelles il est inutile d'insister, je n'ai pas contrôlé cette assertion.

Un autre réflexe qui persiste chez les hystériques malgré l'anesthésie de la peau, c'est le *réflexe pupillaire sensitif*. Vous savez que, dans les conditions physiologiques, la pupille se dilate quand on excite un organe sensible quelconque. La pupille est un véritable œsthésiomètre dont MM. Schiff et Foa[1] se sont servis

[1] MM. Schiff et P. Foa, *La pupilla come estesiometre* (*L'Imparziale*, 1874).

pour mesurer le degré de sensibilité des divers organes, et dont on utilise tous les jours les propriétés, depuis les travaux de MM. Budin et Coyne[1], pour graduer scientifiquement l'administration du chloroforme dans l'anesthésie chirurgicale.

J'ai eu l'idée de rechercher récemment sur quelques malades comment se comportait la pupille quand on excitait des régions de peau anesthésique, et j'ai constaté, à mon grand étonnement, qu'elle se dilatait lorsqu'on venait à piquer ou à pincer fortement des parties anesthésiées du tégument, bien que les malades ne ressentissent aucune impression douloureuse.

Ce fait a une certaine importance, et vous verrez que nous en ferons notre profit quand nous aurons à étudier la physiologie pathologique de l'anesthésie hystérique.

3° *Absence de sensations subjectives désagréables et d'incommodités notables.* — Briquet a fait des sensations subjectives et des incommodités liées à l'anesthésie hystérique une description saisissante. « Les malades, dit-il, ne peuvent plus rien juger de ce qui les touche. Elles ne sentent pas si elles sont couvertes ou découvertes. Elles ne distinguent pas les vêtements qui les couvrent, le lit sur lequel elles sont couchées. Si la vue n'intervenait pas, elles ne seraient pas averties de la présence de corps dont le contact pourrait leur être nuisible. Les mains ne peuvent plus rien tenir : les malades, si elles ne dirigent pas les yeux sur ces organes, laissent tomber, sans s'en apercevoir, les objets qu'elles tiennent. Les pieds ne percevant plus le contact du sol, les malades marchent d'une manière mal assurée. Elles trébuchent contre le moindre obstacle et lors de la moindre inégalité du sol. Une malade dont toute la peau était anesthésiée disait qu'elle se trouvait comme dans le vide[2]. »

Je dois, Messieurs, vous mettre en garde contre l'exagération de cette description. Contrairement à ce que dit Briquet, l'anesthésie hystérique ne s'accompagne habituellement d'aucune sensation subjective anormale; elle ne détermine aucune incommodité appréciable; elle n'apporte aucun trouble notable dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Dans l'immense majorité des cas, les malades n'ont pas conscience de l'existence de ce symptôme.

[1] P. Budin et P. Coyne, *Recherches cliniques et expérimentales sur l'état de la pupille pendant l'anesthésie chirurgicale produite par le chloroforme* (*Arch. de phys.*, 1875).

[2] Briquet, *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, p. 284.

Ils ne savent pas à quelle époque il a débuté et sont fort étonnées de le constater quand le médecin procède à l'exploration de leur sensibilité cutanée.

Plusieurs auteurs ont déjà insisté sur l'indifférence avec laquelle les hystériques supportent leur anesthésie. Sans remonter jusqu'à Pierre de Lancre — qui déclare cependant très explicitement (*loc. cit.*, p. 188) que la plupart des sorcières ne savent pas, avant d'avoir été examinées à ce point de vue, si elles sont marquées ou non, — nous trouvons le fait signalé avec la plus grande précision par M. Mesnet et par Lasègue.

« Que de femmes j'ai vues, dit Mesnet, insensibles à la piqûre d'une épingle enfoncée profondément dans la pulpe des doigts, et qui cependant pouvaient coudre et broder comme à l'ordinaire! Le plus souvent ces altérations de la sensibilité n'ont point attiré l'attention des malades, qui témoignent de l'étonnement lorsqu'on leur fait remarquer que telle partie de leur corps est insensible à la douleur, que la force musculaire est diminuée dans un ou plusieurs de leurs membres, que les organes des sens ont perdu plus ou moins de leur sensibilité spéciale [1]. »

Lasègue développe la même idée dans les termes suivants : « Il semble, dit-il, que le fait d'être privé des notions que fournit le contact, apporte un obstacle aux actes les plus nécessaires de la vie. Si heureusement que la vue supplée au toucher, elle ne peut suffire à tout, et si elle donne la notion, elle ne saurait créer la sensation même du contact. Il suffit d'arrêter un instant sa pensée sur la série des petites misères qui résulteraient de la suspension accidentelle de la sensibilité de la peau, pour qu'on se représente l'étrange impression qu'éprouverait chacun de nous, si, appuyant le coude sur la table; si, tenant la plume entre les mains; si, en s'asseyant sur un siège, il n'était pas averti par une sensation tactile. Et cependant il est d'expérience que les hystériques non encore éclairées par les investigations d'un médecin ne font pas mention de l'anesthésie. J'ai examiné à ce point de vue un grand nombre de filles affectées d'hystérie, d'une intelligence plus que moyenne; je les ai sollicitées avec de vives instances de ne rien omettre des incommodités qu'elles éprouvaient, et je n'en ai pas encore rencontré une qui fît spontanément figurer l'anesthésie parmi les accidents dont elle avait à se plaindre [2]. »

[1] E. Mesnet, *Étude des paralysies hystériques*. Th. doct., Paris, 1852, p. 13.
[2] Lasègue, *Anesthésie et ataxie hystériques* (*Archives générales de médecine*, 1864).

J'ai interrogé, moi aussi, avec insistance les hystériques qui ont été soumises à mon observation, et je puis vous affirmer que la plupart d'entre elles ignoraient absolument qu'elles fussent anesthésiques. Pressées de questions, quelques-unes ont déclaré que, depuis un certain temps, elles avaient remarqué qu'elles ne souffraient pas quand elles se piquaient ou se blessaient accidentellement dans certaines régions. D'autres ont prétendu que les membres anesthésiques étaient devenus moins adroits, moins aptes aux travaux de précision. Une hémianesthésique a assuré qu'au bain elle ne percevait la température de l'eau que d'un côté du corps. Aucune n'a signalé l'existence de sensations subjectives incommodes ou douloureuses (engourdissement, fourmillement, picotement, etc.) dans les régions anesthésiques du tégument. C'est là une particularité importante, car d'ordinaire les anesthésies dépendant de lésions organiques de la moelle épinière ou des nerfs périphériques s'accompagnent de sensations subjectives et de troubles fonctionnels qui attirent vivement l'attention des malades et des médecins. L'anesthésie hystérique, au contraire, est un symptôme latent que le médecin doit rechercher par une exploration régulière et méthodique, sans tenir aucun compte des affirmations des malades, lesquels ignorent presque toujours qu'ils sont anesthésiques.

II

Nous arrivons maintenant à l'étude des phénomènes morbides qui coexistent souvent avec l'anesthésie cutanée sans lui être nécessairement associés. Parmi eux, nous signalerons spécialement : 1° l'abaissement de la température locale et le ralentissement de la circulation capillaire; 2° l'absence d'hémorragies après les piqûres; 3° enfin l'amyosthénie.

1° *Abaissement de la température locale et ralentissement de la circulation capillaire.* — Dans le cours de la description, d'ailleurs très soignée, que Briquet a consacrée à l'anesthésie hystérique, on trouve les propositions suivantes : « La température de la peau anesthésiée est abaissée de un à deux degrés centigrades. La circulation capillaire s'y fait lentement. Les malades y sentent du froid[1]. »

[1] Briquet, *loc. cit.*, p. 283.

En s'appuyant sur ces affirmations de Briquet, plusieurs auteurs ont cru pouvoir expliquer l'anesthésie par un ralentissement local de la circulation capillaire. J'estime que ces auteurs se sont trompés. Pour que leur hypothèse fût fondée, il faudrait que la coïncidence de l'anesthésie avec un ralentissement notable de la circulation capillaire fût constante. Or, s'il est possible que, dans certaines observations particulières, des troubles locaux de la circulation et de la calorification aient coexisté avec l'anesthésie cutanée, il est bien certain qu'il n'en est pas toujours ainsi et que des anesthésies profondes du tégument peuvent ne s'accompagner d'aucune modification appréciable de la circulation capillaire ou de la calorification de la peau. Il vous sera facile de vous en assurer en examinant comparativement les deux côtés du corps de celles de nos hystériques qui sont hémianesthésiques.

Regardez avec soin les deux moitiés du visage ou les deux bras de Paule C... : il est impossible de saisir aucune différence de coloration entre le côté sensible et le côté insensible. Autant qu'on peut en juger sans l'intervention des instruments de précision qui servent à l'étude physiologique de l'appareil circulatoire, l'irrigation sanguine se fait aussi bien d'un côté que de l'autre. Le pouls artériel a partout la même force et la même amplitude; les veines sous-cutanées sont également turgescentes; les taches d'ischémie locale produites par la pression des doigts sur la peau s'effacent aussi vite à droite qu'à gauche. La température est égale des deux côtés, ou, s'il existe quelques différences, elles ne dépassent pas les limites des causes d'erreur inhérentes à ce genre d'exploration. Ajoutez à cela que les sueurs spontanées ou provoquées par des injections hypodermiques de pilocarpine sont sécrétées en égale abondance d'un côté ou de l'autre; que les frictions excitantes, les sinapismes, les vésicatoires, les brûlures déterminent partout les mêmes phénomènes de rubéfaction et de décollement bulbeux de l'épiderme; que les parties anesthésiques s'enflamment et suppurent comme les parties normales; que la cicatrisation des plaies s'y produit avec la même rapidité que dans les régions sensibles, et vous serez sans doute amenés à déduire de cet ensemble de raisons que l'anesthésie des hystériques ne dépend pas d'un trouble local de la circulation.

2° *Absence d'hémorragies après les piqûres.* — Il est d'observation courante que les piqûres pratiquées sur les régions

anesthésiques des téguments des hystériques ne donnent habituellement lieu à aucun écoulement sanguin.

Chez les sujets sains, les piqûres de la peau sont bientôt suivies de l'écoulement de quelques gouttes de sang. En même temps, le point lésé s'entoure d'une petite auréole rouge, sans élevure, qui persiste jusqu'à la cicatrisation complète de la petite plaie.

Chez les hystériques, il semble que les vaisseaux de la peau directement excités par le contact du corps étranger, se contractent violemment avant que le sang ait pu s'écouler par la blessure. Cette contraction s'accompagne d'une série de phénomènes incomplètement décrits dans les livres et dont voici la succession : Au moment même où l'épingle est enfoncée dans la peau, on voit apparaître autour du point piqué une auréole pâle d'un à deux millimètres de diamètre qui persiste et s'accentue même davantage après que l'épingle a été enlevée. Quelques secondes plus tard, l'auréole s'entoure d'une zone de rougeur diffuse d'un à deux centimètres de diamètre, et en même temps il se forme à sa place une saillie, une sorte de papule ortiée qui persiste pendant un temps variable, mais toujours assez long, une demi-heure, une heure, ou plus selon les cas. Souvent, après que la papule est bien formée, il s'écoule par l'orifice de la piqûre une petite gouttelette de sérosité limpide.

Ces phénomènes semblent bien indiquer qu'il se produit une contraction immédiate des vaisseaux directement intéressés par la piqûre et un œdème consécutif, localisé au point d'irritation initiale. Mais il ne faudrait pas croire, comme on le fait généralement, que les parties anesthésiées soient seules le siège de l'hyperexcitabilité vasculaire qui empêche l'écoulement du sang après les piqûres. Très fréquemment, cet état des vaisseaux est général, bien que l'anesthésie soit partielle. Chez Paule C..., par exemple, je pratique trois piqûres sur le milieu de la face antérieure de chacun des deux avant-bras, dont l'un est anesthésique et l'autre sensible. Vous voyez qu'il ne s'écoule pas plus de sang d'un côté que de l'autre. Attendons quelques secondes, et nous verrons les papules ortiées se produire également des deux côtés.

J'ajouterai qu'il est possible de modifier expérimentalement les réactions vaso-motrices d'une région anesthésique sans changer en aucune façon les caractères de l'anesthésie elle-même. Ainsi, l'application d'un sinapisme sur les portions insensibles de la peau des hystériques provoque habituellement une rubéfaction

locale très vive. Dans ces conditions, les piqûres pratiquées sur la plaque rouge saignent très abondamment et ne provoquent plus la formation de papules, bien que l'insensibilité cutanée persiste souvent après l'application du sinapisme.

L'hyperexcitabilité vasculaire qui empêche l'écoulement du sang après les piqûres, se traduit quelquefois par d'autres phénomènes bien connus des cliniciens. Chez beaucoup d'hystériques, le passage rapide d'un corps dur sur la peau détermine l'apparition d'une raie rouge beaucoup plus accentuée et persistante que chez les sujets bien portants. Chez quelques-unes même il se produit au niveau du point excité une élevure qui persiste pendant plusieurs heures consécutives et qui est l'analogue de la papule ortiée dont nous venons de parler à propos des piqûres. M. Dujardin-Beaumetz a communiqué une intéressante observation de ce genre à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Sa malade était une hystérique âgée de vingt-neuf ans. Elle était anesthésique générale. Si l'on traçait sur sa peau avec l'ongle ou avec un corps dur quelconque des traits, des lettres, des mots, il se formait, après quelques minutes, des saillies rouges à contours fort nets, très exactement limitées aux points excités et persistant pendant quatre ou cinq heures. Ces saillies étaient telles qu'il était très facile de lire les caractères tracés sur la peau et qu'on aurait pu en tirer des épreuves [1].

Je n'insisterai pas davantage sur la description de ces troubles vaso-moteurs. Il serait fort intéressant de les étudier en détail, mais cela nous entraînerait fort loin. Qu'il vous suffise de savoir pour le moment qu'ils ne sont pas rares dans l'hystérie, et que tout en se produisant assez souvent sur des parties anesthésiques de la peau, ils ne sont cependant pas liés à l'anesthésie cutanée par un rapport constant [2].

3° *Amyosthénie.* — Chez la plupart hystériques, l'insensibilité de la peau est accompagnée d'un certain degré d'affaiblissement musculaire; mais, contrairement à l'opinion émise par certains

[1] Dujardin-Beaumetz, *Note sur des troubles vaso-moteurs de la peau observés sur une hystérique (Femme autographique).* (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris,* t. XVI, 2e série, 1879, p. 197.)

[2] M. Mesnet qui a fait récemment une communication à l'Académie de médecine (séance du 25 mars 1890) sur le *phénomène de l'autographisme,* a constaté comme nous que la production de saillies persistantes sur les points excités de la peau, n'était pas en rapport avec la distribution de l'anesthésie cutanée. Sur des sujets hémianesthésiques les saillies se formaient aussi bien sur le côté sensible que sur le côté insensible.

auteurs, ces deux phénomènes morbides ne sont pas nécessairement liés l'un à l'autre. Il est facile de le démontrer en comparant l'état des forces du côté sensible et du côté insensible des sujets atteints d'hémianesthésie.

Voici, par exemple, une de nos malades, hémianesthésique du côté gauche, dont les forces mesurées au dynamomètre marquent : pour le membre supérieur droit 32 kilog., et pour le membre supérieur gauche 31 kilog.; pour le membre inférieur droit 13 kilog., et pour le membre inférieur gauche 14 kilog. Une autre donne 32 kilog. avec la main droite anesthésiée et 24 seulement avec la main gauche normalement sensible.

En réalité, l'hémianesthésie et l'hémiamyosthénie sont fréquemment associées, mais ce sont deux phénomènes indépendants l'un de l'autre, puisqu'ils ne sont pas toujours et nécessairement superposés [1].

III

L'anesthésie cutanée est un des symptômes de l'hystérie dont la simulation est à peu près impossible. Nous en avons eu tout récemment la preuve en examinant un sujet dont la profession consistait à jouer l'insensibilité. Voici le fait :

Le nommé François Jinq..., mécanicien, âgé de trente-six ans, est entré ces jours-ci dans notre service se disant atteint de maux de tête et d'anesthésie générale. En réalité, c'est un homme fort, vigoureux, intelligent, jouissant d'une parfaite santé, qui a demandé son admission à l'hôpital parce qu'il se trouvait momentanément dans une affreuse misère. S'il ne s'était plaint que de maux de tête, nous croirions peut-être encore à la réalité de ses souffrances; mais il accusait aussi une anesthésie générale, et sur ce point spécial nous n'avons pas eu de peine à le convaincre de mensonge. Il nous a raconté alors les diverses péripéties de son existence et en particulier les circonstances dans lesquelles il a

[1] M. Alfred Binet ayant étudié l'an dernier les rapports de l'anesthésie et de l'amyosthénie chez les hystériques est arrivé à la même conclusion. Il a trouvé, lui aussi, quelques hystériques dont la force était plus grande du côté insensible que du côté sensible, mais dans la plupart des cas il y avait en faveur du côté dont la sensibilité était normale une différence variant d'un sujet à l'autre entre 6 et 40 kilog. (*Recherches sur les mouvements volontaires dans l'anesthésie hystérique. — Revue philosophique*, novembre 1889.)

appris à simuler l'anesthésie. C'était en 1876; il habitait alors Glascow dans le même hôtel qu'un nègre qui se faisait de jolis revenus en s'enfonçant des aiguilles dans les chairs au grand ébahissement des spectateurs de la rue ou des cafés-concerts. Le travail venant à manquer, Jinq... résolut de faire comme son ami. Muni d'aiguilles que celui-ci lui prêta, il fit un véritable apprentissage, et quand il eut appris à dominer la douleur que lui causaient les piqûres, il se présenta au public sous le nom de l'*homme insensible*. Depuis cette époque il parcourut les grandes villes, donnant en spectacle dans les alcazars et les cirques sa prétendue insensibilité. Il s'enfonce de longues aiguilles d'acier à travers les bras, les mains, les épaules, les joues, les paupières, la langue, comme un vrai fakir de l'Inde. Il sent parfaitement la douleur, mais il a assez d'énergie pour en réprimer les manifestations extérieures. Malgré cette habitude prolongée de la simulation, Jinq... ne peut tenir son rôle devant une exploration régulière. Il tressaute brusquement quand on le pique à l'improviste; il ne peut supporter qu'on enfonce l'aiguille à travers la pulpe de ses doigts; il frémit involontairement quand on lance tout à coup à travers ses membres une secousse électrique d'une certaine violence, toutes choses qui ne provoquent aucune réaction chez les vrais anesthésiques. En somme, il suffit d'un peu d'attention pour déjouer la supercherie, et si jamais vous vous trouviez en présence d'un cas d'anesthésie simulée, il vous serait, j'en suis sûr, extrêmement facile, en employant les mêmes moyens, de découvrir la supercherie.

HUITIÈME LEÇON

ANESTHÉSIE HYSTÉRIQUE DES MEMBRANES MUQUEUSES, ANESTHÉSIES DE L'ODORAT ET DU GOUT.

SOMMAIRE

I. Historique. Variétés d'anesthésies observées sur les membranes muqueuses. Anesthésies hystériques de la conjonctive, de la langue, du pharynx, de l'épiglotte, du larynx, du nez, du conduit auditif externe, des organes génitaux, de l'anus.

II. Symptômes de l'anesthésie des membranes muqueuses : abolition des réflexes au chatouillement, conservation des réflexes organiques.

III. Anesthésies hystériques du goût et de l'odorat. Fréquence et caractères cliniques de ces anesthésies.

IV. Rapport existant entre la perte de la sensibilité générale des muqueuses linguale ou nasale et la perte des sensibilités spéciales correspondantes.

Messieurs,

Au point de vue de l'anatomie et de la physiologie générales, il existe de grandes analogies entre la peau et les membranes muqueuses; aussi ne serez-vous pas étonnés d'apprendre que les muqueuses des hystériques peuvent être le siège de troubles de la sensibilité tout à fait semblables à ceux que nous avons déjà étudiés sur la peau.

I

L'anesthésie des muqueuses n'avait pas échappé à l'observation des anciens démonologistes. Pour découvrir la *marque des sorciers,* ils ne craignaient pas d'explorer toutes les parties accessibles du corps, sachant par expérience que Satan, « *dans le but d'éluder la justice et de tromper ses officiers* », imprime souvent ses marques « *ou en des parties si sales qu'on a horreur de les y aller*

chercher, comme le fondement de l'homme ou en la nature de la femme; ou bien (comme il est extrême et dénaturé) au lieu le plus noble et le plus précieux qui soit en toute la personne, où il semble impossible de l'imprimer, comme les yeux ou dans la bouche[1] ». Mais les médecins n'ont connu et étudié ces anesthésies qu'après que les travaux de Gendrin, Henrot, Briquet, etc., en eurent révélé l'existence et démontré la fréquence. Aujourd'hui on les recherche avec le même soin que celles de la peau et on leur attribue à juste titre la même valeur séméiologique.

Les variétés d'anesthésie qu'on observe le plus souvent sur les muqueuses des hystériques sont l'*anesthésie totale et complète*, l'*hypoesthésie* et l'*analgésie*. J'aurai l'occasion de vous en montrer plusieurs exemples dans quelques instants. La *thermoanesthésie* est beaucoup plus rare, mais elle existe certainement sur les muqueuses comme sur la peau. Elle est très nette sur le conduit auditif, externe droit d'un de nos hystériques mâles, François C... A ce niveau, notre malade sent très bien le contact d'un corps étranger; il se plaint vivement si on le pique; mais si on le touche avec le bouton d'un stylet préalablement chauffé à la lampe, il n'éprouve pas de sensation de brûlure. Sur la muqueuse du conduit auditif externe du côté opposé, on peut constater le phénomène exactement inverse, c'est-à-dire que les sensations thermiques sont seules perçues. Le contact simple, la piqûre, ne provoquent aucune perception, tandis que l'application du stylet chaud détermine une vive sensation de brûlure (anesthésie avec thermoesthésie).

Les autres formes d'anesthésies partielles n'ont pas, à ma connaissance, été signalées sur les muqueuses. Je les ai recherchées chez quelques malades sans les rencontrer, mais cela ne veut pas dire qu'elles ne puissent pas exister sur d'autres. En revanche, le phénomène de l'*haphalgésie* se présente avec la même netteté sur les muqueuses que sur la peau.

Ces divers troubles de la sensibilité peuvent être observés sur toutes les muqueuses accessibles à l'exploration.

L'anesthésie de la *muqueuse conjonctivale* est si commune que Briquet la considérait comme un signe caractéristique de l'hystérie.

« L'anesthésie des conjonctives, dit-il, et principalement de la

[1] Pierre de Lancre, *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons*, etc. Paris, 1612, p. 183. Bodin prétend également qu'il y a des sorciers marqués par le diable sous la paupière de l'œil, sous la lèvre et même au fondement (*loc. cit.*, p. 213, 214).

conjonctive gauche, se rencontre si fréquemment, qu'il est rare de trouver une hystérique qui sente bien nettement le contact du doigt ou celui d'une tête d'épingle promenés sur la conjonctive scléroticale de l'œil gauche. Cette insensibilité est tellement constante qu'elle pourrait être regardée commme un signe caractéristique de l'hystérie[1]. »

Sans accorder à ce symptôme une valeur séméiologique aussi grande, il est certain qu'il est très fréquent chez les hystériques. Je veux vous en montrer au moins un exemple, car il est difficile d'imaginer, si on ne l'a constaté *de visu*, combien peut être profonde l'insensibilité de la muqueuse oculo-palpébrale. Paule C... est, vous le savez, hémianesthésique du côté droit. Je renverse sa paupière supérieure droite, et je frotte avec le bout du doigt la muqueuse qui tapisse la face interne de cette paupière. La malade n'éprouve aucune sensation douloureuse; elle ne perçoit même pas le contact du corps étranger. La conjonctive sclérotidienne est également insensible; je puis la toucher avec un porte-plume, la piquer avec une épingle, sans que notre malade en ait conscience. La cornée, au contraire, a conservé presque toute sa sensibilité; si on vient à la toucher, Paule se retire vivement et en éprouve une véritable douleur. Cette intégrité de la sensibilité cornéenne, coexistant avec une abolition plus ou moins complète de la sensibilité conjonctivale, m'a paru être un phénomène commun chez nos hystériques. Elle a, du reste, été déjà signalée par M. Magnan en 1873, dans ses recherches sur l'hémianesthésie alcoolique[2].

La *muqueuse buccale* est presque aussi souvent atteinte d'anesthésie que la conjonctive. Combien de fois m'avez-vous vu, dans les examens cliniques, traverser de part en part, avec des épingles d'acier, les joues ou la langue d'hystériques qui ne manifestaient aucune douleur à la suite de ces explorations!

L'anesthésie s'étend fréquemment aux *muqueuses du pharynx, de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx*. On peut s'en assurer en enfonçant le doigt dans la cavité pharyngienne des malades et en le promenant sur les deux faces de l'épiglotte. Très explicitement signalée par Henrot[3], cette anesthésie pharyngienne

[1] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 289.
[2] Magnan, *De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique* (*Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie*, 1873, nos 46 et 47).
[3] Henrot, *De l'anesthésie et de l'hyperesthésie hystériques*. Th. doct., Paris, 1847.

a été étudiée surtout par Chairou[1], qui en a exagéré la valeur diagnostique en la donnant comme un signe certain d'hystérie. M. Armaingaud[2] a montré que cette opinion n'était pas justifiée par la clinique. Il a observé l'insensibilité pharyngienne chez des épileptiques, des saturnins et aussi chez des malades divers n'ayant aucune affection nerveuse. Il n'y a donc pas lieu de la considérer comme un signe pathognomonique de l'hystérie; mais il convient de reconnaître qu'elle est assez fréquente chez les hystériques.

La *muqueuse du larynx* est très souvent atteinte d'anesthésie complète. On peut alors toucher avec un stylet convenablement recourbé les cordes vocales, sans provoquer la moindre sensation douloureuse et sans donner lieu à des réactions réflexes.

L'anesthésie de la *muqueuse nasale* est loin d'être rare. Mais il résulte des observations faites dans le service par M. Lichtwitz[3] que, dans la grande majorité des cas, elle est bornée à la portion de la membrane de Schneider qui tapisse la région antérieure des fosses nasales. Presque toujours la région de la cloison osseuse et des cornets conserve sa sensibilité tactile.

L'anesthésie de la muqueuse du canal *auditif externe* et *du tympan* est facile à constater. Quelquefois elle siège seulement sur la portion cartilagineuse du conduit auditif; d'autres fois elle atteint simultanément la muqueuse de l'oreille externe et celle du tympan.

L'insensibilité peut s'étendre aussi à l'oreille moyenne, et, dans ces cas, les malades n'éprouvent aucune sensation quand, à l'aide d'une sonde, on injecte de l'air dans la caisse. La sensibilité de la trompe d'Eustache nous a paru souvent affaiblie, mais jamais nous ne l'avons trouvée complètement abolie.

J'ai très peu de choses à vous dire de l'anesthésie des muqueuses des *organes génitaux* et de l'*anus*. J'ai rarement exploré ces parties chez les hystériques. J'ai constaté cependant quelquefois des insensibilités complètes des grandes lèvres, des petites lèvres, du vagin et de l'anus. Je n'ai jamais cherché à me rendre compte de l'état de la sensibilité des muqueuses de l'utérus, du canal de l'urètre et de la vessie. Briquet affirme que chez l'homme

[1] Chairou, *Études cliniques sur l'hystérie*. Paris, 1870, p. 12 et suiv.

[2] Armaingaud, *Relation d'une petite épidémie d'hystérie observée à Bordeaux dans une école de jeunes filles* (*Journal de médecine de Bordeaux*, décembre 1879).

[3] Lichtwitz, *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens*. Th. doct., Bordeaux, 1887.

la muqueuse du prépuce peut être atteinte d'anesthésie, le gland conservant encore toute sa sensibilité. Je n'ai pas eu l'occasion de contrôler cette affirmation, qui est très probablement exacte.

II

Les incommodités qui résultent de la perte de la sensibilité générale des muqueuses sont insignifiantes. Dans la plupart des cas, les malades n'ont pas plus conscience de l'anesthésie des muqueuses que de l'anesthésie cutanée. Ils sont très surpris lorsqu'on leur démontre, par des explorations régulières, que leurs conjonctives, leurs narines, leur langue peuvent être piquées sans qu'ils en éprouvent de douleurs.

Le résultat habituel de l'anesthésie des muqueuses, c'est d'abolir certains réflexes. Ainsi le chatouillement des lèvres, du canal auditif externe, ne détermine plus la sensation vive de tressaillement qu'il provoque quand les muqueuses correspondantes ont conservé leur sensibilité normale.

Le chatouillement de l'orifice antérieur des narines n'est plus perçu et ne donne plus lieu au frissonnement particulier qu'il cause habituellement quand la sensibilité est normale. On peut alors enfoncer assez profondément un corps étranger dans les narines sans déterminer d'éternuement. L'introduction du doigt dans la bouche, jusqu'au fond du pharynx, ne provoque plus de nausées ni de haut-le-cœur. Il est curieux de noter à ce propos que l'anesthésie du pharynx et de l'arrière-gorge ne s'accompagne d'aucun trouble dans les phénomènes de la déglutition.

Quant aux réflexes vasculaires et glandulaires, ils persistent malgré l'anesthésie. L'application d'un corps irritant sur la langue insensible est suivie de la sécrétion d'une quantité notable de salive. Une pincée de tabac introduite dans les narines ne provoque pas d'éternuement, mais elle exagère la sécrétion du mucus nasal. Si vous appliquez un corps dur sur la conjonctive anesthésique d'une hystérique, des larmes s'écouleront bientôt sur les joues, quoique la malade ne perçoive aucune sensation douloureuse. M. Magnan a remarqué, en 1873, que l'excitation de la cornée anesthésique peut parfois déterminer un écoulement abondant de larmes, alors que l'excitation de la conjonctive ne produit pas le même résultat. Mes observations sont, sur ce

point spécial, en opposition avec celles de l'éminent aliéniste de l'Asile Sainte-Anne. Toutes les fois que j'ai excité énergiquement la conjonctive (palpébrale ou sclérotidienne) anesthésique de nos hystériques, j'ai vu une abondante sécrétion de larmes suivre l'excitation, bien que les malades n'aient éprouvé aucune sensation douloureuse. La conservation des réflexes sécrétoires explique dans une certaine mesure pourquoi la nutrition de l'œil reste intacte malgré l'anesthésie de la conjonctive.

D'après M. Gellé [1], la sensibilité du tympan jouerait un rôle nécessaire dans l'appréciation de l'orientation des bruits. Un malade du service de M. Charcot, dont le tympan et les téguments de l'oreille externe étaient complètement anesthésiques, percevait très bien tous les bruits, mais ne pouvait plus reconnaître dans quelle direction ils se produisaient. M. Gellé, qui a étudié ce malade avec soin, attribue la perte de la faculté d'orientation observée chez lui à l'anesthésie de l'oreille externe et du tympan. Cette interprétation ne me paraît pas légitime. Elle est en contradiction avec quelques faits étudiés ici, dans lesquels la faculté d'orientation était conservée, bien que le tympan et toute l'oreille externe fussent complètement insensibles au contact et à la piqûre.

Briquet attribue à l'anesthésie de la muqueuse des organes génitaux la frigidité de certaines hystériques qui restent indifférentes ou insensibles aux excitations génésiques. « Le clitoris titillé, dit-il, entre en érection sans que les malades le sentent. Plusieurs femmes ont perdu jusqu'au sens du toucher; ainsi, j'ai vu une jeune femme qui ne sentait même pas les approches conjugales [2]. » Je ne sais pas exactement ce qu'il faut penser de cette subordination du sens génital à la sensibilité tactile de la muqueuse des organes génitaux. Toutefois, je dois vous avouer qu'*a priori* elle me semble peu vraisemblable.

III

Je ne vous ai parlé jusqu'à présent que des anesthésies de la sensibilité générale des membranes muqueuses. Il convient que nous nous occupions maintenant des anesthésies sensorielles des

[1] Gellé, *Rôle de la sensibilité du tympan dans l'orientation auditive* (*Tribune médicale*, n° 949, 24 octobre 1886).
[2] Briquet, *loc. cit.*, p. 291.

muqueuses qui jouissent de sensibilités spéciales, c'est-à-dire de la muqueuse bucco-linguale qui est l'organe périphérique du sens du goût, et de la muqueuse nasale qui est l'organe collecteur des perceptions olfactives.

La perte de la *sensibilité gustative* est très fréquente chez les hystériques. Dans les recherches que j'ai faites sur ce sujet avec l'aide de M. le Dr Lichtwitz, je l'ai rencontrée, à des degrés divers, huit fois sur neuf cas d'hystérie. Elle peut être générale ou localisée à certains points du champ gustatif. Quand elle est *générale*, les malades ne perçoivent plus les saveurs. Quand elle est *limitée* à certaines portions de la muqueuse bucco-linguale, les malades n'en éprouvent aucune incommodité. La gustation se fait alors par les points de la muqueuse qui ont conservé leurs propriétés physiologiques, et il faut un examen attentif pour découvrir et limiter les plaques d'anesthésie gustative.

Dans certains cas, l'anesthésie du goût est *totale*, en ce sens que, là où elle existe, toutes les perceptions gustatives sont uniformément abolies. Dans d'autres cas, elle est *partielle*, en ce sens que certaines saveurs sont encore nettement perçues alors que d'autres ne le sont plus du tout. J'ai constaté plusieurs fois, avec M. Lichtwitz, cette dissociation anormale de la sensibilité gustative. En voici un exemple : Jeanne L... ne perçoit plus les saveurs sucrée et salée, mais elle goûte encore l'acidité du vinaigre et l'amertume du sulfate de quinine. Les anomalies de ce genre mériteraient d'être étudiées avec plus de détails qu'elles ne l'ont été jusqu'à ce jour. Peut-être seraient-elles de nature à expliquer le plaisir qu'éprouvent certaines hystériques à boire du vinaigre ou à introduire dans leur alimentation des substances dont le goût ne paraît pas agréable aux personnes bien portantes.

Chez quelques malades on peut constater des *perversions de la sensibilité gustative*, par suite desquelles certaines saveurs sont perçues autrement qu'elles ne devraient l'être normalement. Ainsi, l'une de nos malades trouvait aux solutions de sel marin un goût âcre différent de la saveur salée que nous connaissons tous.

L'*anesthésie olfactive* ou *anosmie* est peut-être un peu moins fréquente dans l'hystérie que l'anesthésie gustative. Nous l'avons rencontrée sept fois sur onze malades notoirement hystériques. Son étude présente de grandes difficultés, provenant surtout de ce fait qu'il est impossible de limiter l'action des effluves odorantes à des points circonscrits de la muqueuse des fosses nasales.

L'anosmie hystérique peut être unilatérale (4 fois sur 7), ou affecter à la fois les deux narines (3 fois sur 7). Elle est quelquefois assez profonde pour qùe les malades qui en sont atteints puissent aspirer fortement par le nez des vapeurs d'ammoniaque, d'acide acétique, de chloroforme, sans en être aucunement incommodés. D'autres fois elle est incomplète, et, dans ce cas, les malades peuvent encore sentir les odeurs fortes alors qu'ils ne perçoivent plus les odeurs douces.

Il est probable que l'anesthésie olfactive peut être bornée à certaines odeurs, mais les tentatives que j'ai faites pour le démontrer ne m'ont fourni jusqu'à présent que des résultats incertains. Cependant une de nos malades ne sentait pas l'odeur de l'essence de rose, tandis qu'elle percevait très distinctement celle de l'essence de violette et de l'essence de verveine.

IV

Les muqueuses de la langue et du nez reçoivent à la fois des nerfs sensitifs et des nerfs sensoriels, les premiers présidant à la sensibilité générale, les seconds aux sensibilités spéciales. Il n'est pas sans intérêt de rechercher comment se comportent, les uns par rapport aux autres, dans l'anesthésie hystérique, ces nerfs d'origine et de fonctions différentes. Réunis sur un même organe, subissent-ils sous l'influence des mêmes causes morbides des modifications identiques, ou bien conservent-ils leur indépendance au milieu des événements pathologiques dont la muqueuse à laquelle ils se distribuent devient le théâtre?

En ce qui concerne le sens du goût, je crois pouvoir vous affirmer qu'il n'y a aucun rapport nécessaire entre la distribution des troubles de la sensibilité générale et celle des troubles de la sensibilité gustative. A ce point de vue, nos hystériques se divisent en quatre groupes.

a) Chez un certain nombre de malades le goût est aboli seulement sur les parties de la muqueuse linguale qui sont privées de sensibilité générale. Ainsi, chez Paule C..., les sensibilités tactile, dolorifique, thermique et gustative, sont toutes conservées sur les deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue, tandis qu'elles sont toutes abolies dans le reste de la muqueuse de cet organe.

b) Chez d'autres malades, le goût est perdu, bien que la sensibilité générale de la muqueuse bucco-linguale soit parfaitement conservée. Voici, par exemple, Victorine P... qui a une anesthésie totale et complète du goût. Elle ne perçoit aucune saveur; elle ne distingue pas l'amertume du sulfate de quinine de la douceur du sucre ou de l'acidité du vinaigre; les aliments les plus savoureux lui semblent uniformément fades « comme de l'étoupe »; néanmoins sa muqueuse bucco-labiale a conservé la sensibilité générale, car elle perçoit nettement toutes les excitations de contact, de température, de pincement, de piqûre, etc., portées sur un point quelconque de la langue ou de la muqueuse buccale.

c) Quelquefois le goût est conservé sur des parties de la langue insensibles à la température et à la douleur. C'est ainsi que se passent les choses chez Marie-Louise F..., dont toute la muqueuse bucco-linguale est analgésique, bien qu'en certains points le sucre, le sel, le vinaigre, le sulfate de quinine soient nettement perçus.

d) D'autres fois, enfin, on peut constater, sur la même langue, des zones d'anesthésie tactile et des zones d'anesthésie gustative dont les limites ne se superposent pas. L'examen de la langue de l'un de nos hystériques mâles, C..., est sous ce rapport tout à fait démonstratif. La sensibilité générale est abolie dans toute la moitié gauche de la muqueuse linguale de ce malade, et parfaitement conservée dans toute la moitié droite. La sensibilité gustative, au contraire, est conservée dans les deux tiers antérieurs de la langue, aussi bien à droite qu'à gauche, et abolie dans le tiers postérieur.

Il ressort clairement de l'ensemble de ces observations que la sensibilité générale et la sensibilité gustative de la muqueuse linguale peuvent être atteintes simultanément ou isolément par l'anesthésie hystérique, et que, lorsqu'elles sont toutes les deux partiellement abolies, il n'y a aucun rapport nécessaire entre la distribution topographique de l'anesthésie sensitive et de l'anesthésie sensorielle.

Des conclusions identiques peuvent être formulées relativement aux rapports de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale de la muqueuse du nez. L'olfaction peut être abolie dans une narine dont la muqueuse est normalement sensible au contact et à la piqûre, et, inversement, elle peut être conservée dans une narine atteinte d'anesthésie complète de la sensibilité générale.

Faut-il vous fournir des preuves à l'appui de ces propositions? Rien ne sera plus facile. Paule C... présente une anesthésie olfactive complète et absolue des deux narines; elle ne perçoit aucune odeur; elle peut renifler de l'ammoniaque sans éprouver aucune sensation, et cependant sa narine gauche est normalement sensible au chatouillement, au contact, à la piqûre. Albertine M..., au contraire, distingue parfaitement toutes les odeurs, aussi bien d'une narine que de l'autre, et pourtant la muqueuse de sa narine gauche (ou du moins de la portion accessible de sa narine gauche) est complètement insensible au contact, au chatouillement, à la piqûre.

En somme, dans le nez comme dans la langue, l'anesthésie peut atteindre isolément la sensibilité générale ou la sensibilité spéciale. La fonction sensitive et la fonction sensorielle sont indépendantes l'une de l'autre; chacune d'elles peut être abolie, l'autre étant conservée intacte.

NEUVIÈME LEÇON

ANESTHÉSIES HYSTÉRIQUES DE L'OUÏE ET DE LA VUE

SOMMAIRE

I. Anesthésie hystérique de l'audition. Caractères cliniques de la surdité hystérique complète et incomplète. Mensuration de l'acuité auditive. Expérience de Rinne et sa signification.

II. Rapport de la sensibilité tactile de l'oreille externe et du tympan avec la perte de la sensibilité auditive; indépendance de l'anesthésie sensitive et de l'anesthésie sensorielle.

III. Anesthésie hystérique de la vision. Amaurose et amblyopie hystériques. Éléments constitutifs de l'amblyopie: 1° troubles des perceptions chromatiques; 2° modifications dans l'étendue et la forme du champ visuel; 3° affaiblissement de l'acuité visuelle; 4° polyopie monoculaire.

IV. Problème de physiologie pathologique soulevé par l'étude de l'amblyopie hystérique. Indépendance probable des centres perceptifs des sensations visuelles pour la vision monoculaire et pour la vision binoculaire.

Messieurs,

Les anesthésies de l'ouïe et de la vue sont au moins aussi fréquentes, dans l'hystérie, que celles du goût et de l'odorat. Leur étude, ébauchée par Briquet[1], a fait l'objet, dans ces dernières années, de recherches importantes. MM. Charcot[2], Landolt[3], Parinaud[4], etc., ont analysé, avec une patience et une habileté tout à fait remarquables, les différentes formes cliniques de l'anesthésie hystérique de la vision. MM. Gellé[5], Walton[6], Lichtwitz[7] se sont

[1] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 291.

[2] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, passim. — *Des troubles de la vision chez les hystériques* (*Progrès médical*, 1878, p. 37).

[3] F. Landolt, *De l'amblyopie hystérique* (*Archives de physiologie*, 1875, p. 624).

[4] H. Parinaud, *De la polyopie monoculaire dans l'hystérie et les affections du système nerveux* (*Annales d'oculistique*, mai, juin, 1878). — *Anesthésie de la rétine* (*Annales d'oculistique*, juillet, août, 1886).

[5] Gellé, *Précis des maladies de l'oreille*. Paris, 1885.

[6] Walton, *Deafness in hysterical hemianesthesia*. Brain, vol. V, 1883, p. 458.

[7] Lichtwitz, *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens*, etc. Th. doct., Bordeaux, 1887.

surtout attachés à déterminer les caractères de l'anesthésie de l'audition. Je m'efforcerai de vous faire connaître, dans la leçon d'aujourd'hui, les principaux résultats auxquels sont arrivés ces observateurs.

I

La surdité hystérique peut être complète, absolue. Le plus souvent alors elle débute brusquement, persiste sans modifications notables pendant quelques jours ou quelques semaines, et guérit tout à coup sans laisser de traces. Mais cette forme de paralysie absolue de l'audition est fort rare. Dans la grande majorité des cas, la surdité hystérique est incomplète. Elle n'existe que d'un côté, et, même du côté atteint, l'ouïe est simplement affaiblie.

Les malades qui sont affectés de cet affaiblissement unilatéral des perceptions auditives n'éprouvent en général aucune sensation subjective de bourdonnements ou de sifflements. Ils se rendent parfaitement compte de l'orientation des bruits qu'ils entendent et, pour reconnaître leur surdité, il faut la rechercher méthodiquement.

A cet effet, il convient de pratiquer au moins deux expériences successives destinées : la première, à mesurer le degré de l'hypoesthésie de l'ouïe; la seconde, à démontrer que cette hypoesthésie ne dépend pas de lésions banales de l'oreille externe ou du tympan.

Pour mesurer le degré de l'acuité auditive, il suffit en général de faire écouter au malade le bruit d'une montre qu'on place d'abord très loin de son oreille et qu'on rapproche lentement jusqu'à ce que le tic-tac en soit nettement perçu. La distance à laquelle ce bruit commence à être distinctement entendu indique, avec une précision très suffisante pour les besoins de la clinique, le degré de la *dureté de l'oreille*.

Ce premier point étant acquis, il convient de rechercher si la diminution de l'intensité des perceptions auditives est la conséquence d'une paralysie des organes centraux de l'audition ou si elle résulte d'une lésion banale du conduit auditif externe, du tympan ou de l'oreille moyenne. Parmi les procédés qui permettent de faire ce diagnostic différentiel, le plus commode est celui qui est connu des otologistes sous le nom d'*expérience de Rinne*.

Voici en quoi il consiste : Un diapason en vibration est appliqué sur l'apophyse mastoïde. Les vibrations se transmettent par l'intermédiaire des os du crâne à l'appareil central de l'audition, et le sujet (s'il n'est pas absolument sourd), perçoit nettement le son grave ou aigu produit par le diapason. Après quelques secondes, les vibrations diminuant d'amplitude, le son produit diminue d'intensité, et finalement il cesse d'être perçu. A ce moment, sans amorcer de nouveau le diapason, on en présente les branches au voisinage de l'orifice externe de l'oreille. Alors, chez les sujets sains aussi bien que chez ceux qui ont une obtusion de l'ouïe de cause centrale, le son qui n'était plus perçu quand le diapason était appliqué sur l'apophyse mastoïde, est entendu de nouveau quand l'instrument est placé devant l'orifice externe du conduit auditif. Au contraire, chez les malades dont l'audition est affaiblie par suite d'un obstacle matériel siégeant dans l'appareil collecteur et conducteur du son, le bruit produit par le diapason est perçu plus longtemps quand l'instrument est appliqué sur l'apophyse mastoïde. En d'autres termes, à l'état normal et dans les cas de surdité incomplète d'origine centrale, les vibrations du diapason sont perçues plus longtemps par voie aérienne que par voie crânienne, tandis que les mêmes vibrations sont plus longtemps perçues par voie crânienne que par voie aérienne dans les cas où l'affaiblissement de l'acuité auditive résulte d'un défaut de transmission des ondes sonores dans l'oreille externe ou l'oreille moyenne.

En appliquant ces données à l'examen des troubles de l'ouïe chez les hystériques, on constate facilement que l'expérience de Rinne donne presque toujours, sur les malades de ce genre, des résultats positifs, c'est-à-dire que les sons transmis par voie aérienne sont mieux perçus que les sons transmis par voie crânienne, ce qui permet d'attribuer la surdité hystérique à une paralysie centrale de l'audition.

II

Je vous ai parlé, Messieurs, dans la dernière leçon, des rapports de l'anesthésie du goût et de l'odorat avec l'anesthésie tactile des muqueuses de la langue et de la bouche, et j'ai appelé votre attention sur ce fait, que les appareils sensitifs et sensoriels des muqueuses

en question sont quelquefois paralysés isolément et indépendamment les uns des autres. Il en est de même pour l'organe de l'audition. L'ouïe peut être abolie chez des hystériques dont les muqueuses de l'oreille externe n'ont rien perdu de leur sensibilité tactile; elle peut être intégralement conservée chez des malades dont les muqueuses du tympan et du conduit auditif externe sont complètement anesthésiques. Ces propositions sont en opposition formelle avec celles qui ressortent des examens pratiqués en 1883 par M. Walton sur treize hystériques du service de M. Charcot[1]. Je crois, néanmoins, être autorisé à les maintenir *in integro*, et voici d'ailleurs deux malades qui vont me permettre de vous en démontrer l'exactitude. Jeanne L... est absolument sourde de l'oreille gauche, et cependant son tympan et sa muqueuse du conduit auditif externe sont parfaitement sensibles. Cab..., au contraire, présente une anesthésie complète des muqueuses du tympan et du canal auditif externe du côté gauche, bien qu'il ait conservé intacte l'audition par cette oreille.

Cette indépendance relative de l'anesthésie sensitive et de l'anesthésie sensorielle dans l'organe de l'ouïe ne s'observe pas très fréquemment. Dans la majorité des cas, ainsi que l'a signalé M. Walton, l'ouïe est diminuée ou abolie en même temps que le tympan et la muqueuse de l'oreille externe sont hypoesthésiques ou anesthésiques, mais cette règle n'est pas absolue; et vous venez de voir par vous-mêmes qu'elle compte des exceptions assez nombreuses.

Passons maintenant à l'étude des anesthésies visuelles.

III

Certains hystériques perdent brusquement la vision; ils deviennent tout à coup aveugles. La veille ils y voyaient très bien; le lendemain, ils ne distinguent plus le jour de la nuit, ils ne perçoivent plus aucune sensation visuelle. Cette amaurose totale et complète ne s'accompagne d'aucune lésion apparente du fond de l'œil. Le cristallin, le corps vitré, la choroïde, la rétine ne présentent, à l'examen ophtalmoscopique, aucune modification de structure susceptible d'expliquer l'anesthésie de la vision. La cécité

[1] Walton, *Deafness in hysterical hemianesthesia*. Brain, vol. V, 1883, p. 458-472.

persiste en général pendant quelques jours, quelques semaines ou quelques mois; puis elle disparaît sans laisser de traces.

On trouve dans les auteurs un bon nombre d'exemples de ces amauroses temporaires des hystériques. En voici un dont l'histoire me revient à l'esprit et qui a été communiqué par MM. Dujardin-Beaumetz et Abadie, en 1879, à la Société médicale des hôpitaux de Paris [1]. Une jeune fille de seize ans, élève de l'École normale de la Seine et jouissant d'une bonne santé apparente, se plaignit un soir de lourdeur de tête. Elle monta à l'infirmerie et se coucha. Le lendemain matin elle était complètement aveugle. En même temps, elle était devenue analgésique sur toute la surface du corps. La guérison survint en quelques jours, après un petit nombre de séances d'électrisation statique.

L'amaurose hystérique n'est pas toujours aussi fugace. Souvent elle résiste pendant des mois et des années aux traitements les plus énergiques; puis, un beau jour, à la suite d'une attaque convulsive ou à l'occasion d'une émotion morale, elle guérit. Tout récemment, mon excellent confrère le Dr Armaignac m'appelait en consultation, avec MM. G. Martin et Landreau, auprès d'une enfant de dix ans, fille et petite-fille de névropathes avérés, qui avait perdu la vision de l'œil gauche depuis quatre ans. L'examen ophtalmoscopique, pratiqué à diverses reprises par M. Armaignac, n'avait rien révélé d'anormal dans l'épaisseur des milieux transparents ni dans la structure des membranes du fond de l'œil. Je me rendis à la convocation de mon confrère, mais ce fut uniquement pour constater l'étrange mobilité de certains accidents hystériques, car, depuis la veille au soir, la petite malade avait retrouvé la vision. Elle était guérie. La peur de la consultation avait fait disparaître le mal [2].

Les faits de ce genre sont assurément fort intéressants. Il faut

[1] Dujardin-Beaumetz et Abadie, *Cécité hystérique; amélioration par la métallothérapie et les applications d'aimant. Disparition complète des troubles visuels sous l'influence de l'électricité statique* (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1879, p. 145).

[2] M. Armaignac a communiqué ce fait au Congrès d'ophtalmologie de Paris dans la séance du 7 mai 1887. En présence de guérisons subites analogues à celle dont il s'agit ici, on est toujours tenté de supposer qu'on a été la dupe d'habiles simulateurs. Dans le cas actuel, nous crûmes devoir écarter cette supposition principalement pour les deux raisons suivantes : 1° dans les examens pratiqués antérieurement à la consultation, le champ visuel de l'œil droit (non amaurotique) avait été trouvé notablement rétréci ; après la guérison son étendue était normale ; 2° au moment de la consultation nous recherchâmes les stigmates sensitifs de l'hystérie, et nous trouvâmes une analgésie complète de la muqueuse conjonctivale gauche.

les connaître puisqu'on peut être exposé à les rencontrer dans la pratique, mais il faut savoir aussi qu'ils sont exceptionnels et que, dans la plupart des cas, les troubles de la vision dépendant de l'hystérie sont à la fois moins accentués et plus persistants. En fait, ils se présentent presque toujours sous la forme de l'*amblyopie hystérique,* et ils sont caractérisés par un ensemble de symptômes parmi lesquels figurent, à des degrés divers, en même temps qu'un affaiblissement plus ou moins marqué de l'acuité visuelle, des troubles de la perception des couleurs, des modifications dans la forme et l'étendue du champ visuel, de l'asthénopie, des troubles de l'accommodation.

Chacun de ces éléments constitutifs de l'amblyopie hystérique mériterait une description détaillée. Je me contenterai de vous en dire quelques mots pour vous faire comprendre la complexité des phénomènes qui accompagnent les anesthésies partielles de la vision.

1° *Troubles de la perception des couleurs (achromatopsie et dyschromatopsie).*

L'anesthésie chromatique est un des troubles sensoriels les plus curieux de l'hystérie. Elle peut être complète (achromatopsie) ou incomplète (dyschromatopsie).

Dans le premier cas, les malades ne perçoivent plus aucune couleur; ils distinguent nettement les contours des objets, les intensités des tons, les ombres, les reliefs, la perspective, mais non le coloris. Un tableau à l'huile leur apparaît comme un lavis à l'encre de Chine ou à la sépia.

Dans le second cas, ils ne voient qu'un certain nombre de couleurs. Présentez à une hystérique dyschromatopsique des papiers colorés ou des étoffes teintes en bleu, rouge, jaune, vert, violet, elle ne distinguera qu'une partie des nuances placées sous ses yeux; les autres lui paraîtront toutes d'un gris sale plus ou moins foncé.

La perte de la notion des couleurs se fait dans un ordre régulier, c'est-à-dire que certaines couleurs cessent toujours d'être perçues alors que la perception des autres est encore bien conservée. Dans sa marche progressive, la cécité chromatique dépendant de l'hystérie, porte toujours primitivement sur le violet et le vert; puis, selon les cas, sur le bleu, le jaune et le rouge, ou sur le rouge, le jaune et le bleu.

Le tableau suivant indique l'ordre de disparition des diverses couleurs dans la dyschromatopsie hystérique.

Série A.	Série B.
1° Violet.	1° Violet.
2° Vert.	2° Vert.
3° Bleu.	3° Rouge.
4° Jaune.	4° Jaune.
5° Rouge.	5° Bleu.

Il est facile de voir, en comparant ces deux séries, qu'elles ne diffèrent que par la transposition du bleu et du rouge. Certains hystériques distinguent nettement le rouge alors qu'ils ne reconnaissent plus les autres couleurs; d'autres ne perdent la notion du bleu qu'après celle du rouge, mais tous commencent par perdre la perception du violet et du vert avant celle des autres couleurs.

La dyschromatopsie n'est pas, vous le savez certainement, un symptôme spécial à l'hystérie. On l'observe fréquemment dans d'autres affections, particulièrement dans les intoxications nicotinique et alcoolique et dans certaines lésions organiques du nerf optique; mais, au dire des spécialistes, il serait souvent possible de distinguer les diverses espèces de dyschromatopsie par le seul fait de l'ordre dans lequel disparaissent les perceptions colorées; c'est ainsi que, dans l'intoxication nicotinique, le rouge et l'orangé cesseraient d'être perçus avant le bleu, le violet et le jaune[1]. La vision du rouge serait également intéressée la première dans l'alcoolisme chronique et dans l'atrophie tabétique du nerf optique.

2° *Modifications dans l'étendue et la forme du champ visuel (rétrécissement concentrique du champ visuel).*

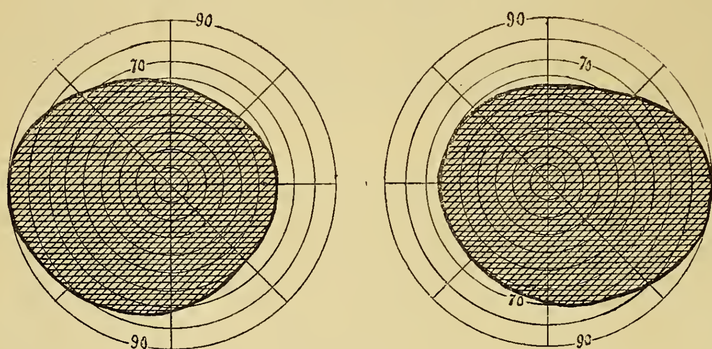
Quand nous fixons un objet, nous dirigeons notre œil de telle sorte que l'image de cet objet se forme sur les parties les plus sensibles de la rétine, c'est-à-dire sur la tache jaune. Nous voyons alors, aussi nettement que possible, l'objet fixé; mais, en même temps, nous apercevons plus ou moins distinctement ce qui l'entoure, parce que les images formées sur la rétine, en dehors de la tache jaune, donnent lieu, elles aussi, à des sensa-

[1] Marselon, *De l'amblyopie nicotinique*. Th. doct., Paris, 1872.

tions visuelles. L'étendue de l'espace accessible à la vision, quand l'œil est fixé sur un point déterminé, donne la mesure du champ visuel. Si la rétine est normalement sensible dans toutes ses parties, le champ visuel a une forme et une amplitude qui varient peu d'un sujet à l'autre *(fig. 1);* mais, dans certaines conditions pathologiques, la sensibilité rétinienne est localement altérée, et, par suite, les contours et l'étendue du champ de la vision sont modifiés.

Les modifications principales du champ visuel sont : le *scotome central,* l'*hémiopie latérale* et le *rétrécissement concentrique.*

Fig. 1. — Forme du champ visuel à l'état normal.



Dans le *scotome central,* un îlot plus ou moins étendu de l'aire de la rétine a perdu sa sensibilité; les images qui s'y forment ne sont pas perçues. Il en résulte que le malade voit toujours, dans le champ de la vision, une tache obscure correspondante à l'îlot insensible de la rétine.

Dans l'*hémiopie latérale,* l'une des deux moitiés latérales de la rétine est anesthésique. Le champ visuel est dès lors diminué de moitié, le malade ne percevant que les images formées sur les régions sensibles de la rétine *(fig. 2).*

Enfin, le *rétrécissement concentrique du champ visuel* est la conséquence de l'anesthésie des parties périphériques de la rétine, les parties centrales ayant conservé leur activité fonctionnelle. Quand l'anesthésie rétinienne affecte cette disposition, les malades voient distinctement les objets qu'ils fixent, mais leur œil n'embrasse pas autour de ces objets un espace aussi étendu qu'à l'état normal; le champ de leur vision est rétréci dans ses parties périphériques *(fig. 3).*

Des trois variétés d'anesthésie partielle de la rétine que je viens de vous signaler, les deux premières, c'est-à-dire le scotome central et l'hémiopie, sont extrêmement rares chez les hystériques. Le rétrécissement concentrique du champ visuel est, au contraire, un des troubles sensoriels les plus fréquents de la grande névrose.

Fig. 2. — Hémiopie latérale homonyme dans un cas de lésion corticale du cerveau.

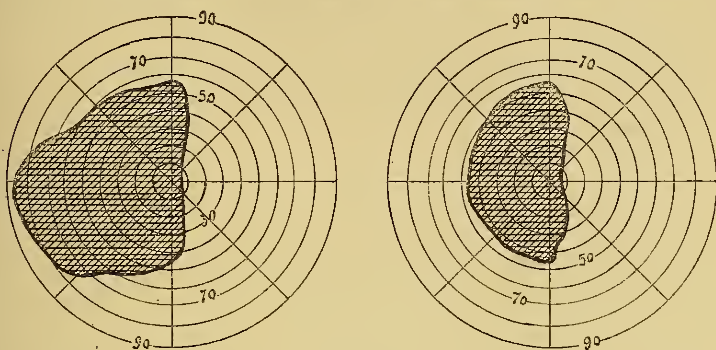
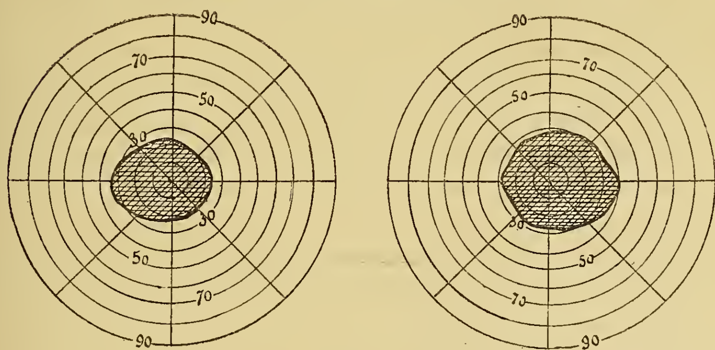


Fig. 3. — Rétrécissement concentrique du champ visuel dans l'hystérie.



C'est un des meilleurs stigmates de l'hystérie, et, dans tous les cas difficiles, il convient de le rechercher en pratiquant régulièrement, ou en faisant pratiquer par un spécialiste, l'examen campimétrique des yeux.

3° *Affaiblissement de l'acuité visuelle et asthénopie.*

Tant que l'anesthésie rétinienne reste limitée aux parties périphériques de la rétine, l'acuité visuelle peut être conservée normale. Les malades peuvent lire, coudre, se diriger sans aucune difficulté. Mais si l'insensibilité se rapproche des parties centrales

de la rétine, la vision s'affaiblit graduellement, et, si elle atteint le macula, la vision distincte est tout à fait abolie.

Chez quelques malades, l'anesthésie de la vision se traduit surtout par une fatigue exceptionnellement rapide de l'œil. Ces malades ne peuvent regarder fixement un objet, lire, travailler, sans éprouver après quelques instants une sensation de lassitude douloureuse et un obscurcissement de la vue qui les obligent à fermer les yeux. Ils voient tout et ne peuvent rien regarder. C'est à ce trouble fonctionnel qu'on a donné le nom d'*asthénopie*. Il est loin d'être aussi fréquent que le rétrécissement concentrique du champ visuel.

4° *Troubles de l'accommodation (polyopie monoculaire).*

La plupart des troubles de l'accommodation étudiés par les ophtalmologistes sont indépendants de l'hystérie. Il en est un cependant qui paraît être lié plus spécialement à cette névrose, c'est la *polyopie monoculaire,* décrite en 1878 par M. Parinaud [1]. Voici en quoi consiste ce symptôme: Un objet placé verticalement auprès de l'œil est distingué normalement; on l'éloigne progressivement, et, à une certaine distance, variable selon les sujets mais comprise habituellement entre dix et vingt centimètres, il est vu double. On l'éloigne encore, et une troisième image peut apparaître. D'après M. Parinaud, cette polyopie, dont l'interprétation physique est assez obscure, serait due à un spasme de l'accommodation, et il ne serait pas rare de l'observer dans l'amblyopie hystérique.

Chacun des troubles fonctionnels que nous venons de passer en revue peut exister isolément, mais, en général, plusieurs d'entre eux s'associent et se combinent pour constituer le syndrome complexe qu'on appelle l'*amblyopie hystérique,* syndrome dans lequel on constate d'ordinaire, ainsi que je vous le disais tout à l'heure, un certain degré de rétrécissement concentrique du champ visuel, un affaiblissement plus ou moins marqué des perceptions lumineuses et une abolition totale ou partielle du sens chromatique.

Cette amblyopie est tantôt unilatérale, tantôt bilatérale. Dans la grande majorité des cas, elle existe à la fois des deux côtés, mais elle est beaucoup plus accentuée d'un côté que de l'autre.

[1] Parinaud, *De la polyopie monoculaire dans l'hystérie et les affections du système nerveux* (*Annales d'oculistique,* 1878).

IV

Comme la plupart des autres troubles de la sensibilité que nous avons étudiés jusqu'à présent, l'amblyopie hystérique ne détermine habituellement aucune incommodité sérieuse. Les malades ne s'aperçoivent pour ainsi dire pas de son existence, et il est fort rare qu'ils aillent d'eux-mêmes consulter à son sujet les médecins qui s'occupent spécialement d'oculistique.

Au premier abord, il semblerait assez naturel de supposer que, l'amblyopie hystérique étant ordinairement unilatérale, les malades s'habituent à se servir uniquement de l'œil sain en faisant abstraction des images provenant de l'œil malade, et qu'ils corrigent, en somme, leur amblyopie comme les strabiques corrigent leur diplopie. Mais, à la réflexion, cette explication ne paraît pas suffisante, car lorsque les hystériques amblyopes regardent un objet, ils ne le fixent pas seulement avec l'œil sain; ils le placent exactement dans l'axe de la vision binoculaire, de telle sorte que les images se forment symétriquement dans les deux yeux, ce qui rend bien peu vraisemblable l'hypothèse d'une correction consciente et volontaire.

Il faut, si je ne me trompe, chercher ailleurs le secret du mécanisme qui permet aux hystériques amblyopes de ne pas être sensiblement incommodés par l'anesthésie partielle de leur vision; et, pour vous dire de suite le fond de ma pensée, je crois que l'amblyopie se corrige d'elle-même, parce qu'il est dans sa nature d'exister seulement dans la vision monoculaire. Aussitôt que les deux yeux sont ouverts et qu'ils agissent synergiquement, l'amblyopie disparaît et la vision devient normale. Il me paraît intéressant de vous dire sur quels faits d'observation est basée cette hypothèse et comment mon attention a été appelée sur eux.

Il y a trois ans environ, je causais avec un médecin oculiste très instruit mais très sceptique en matière d'hystérie, et je cherchais à lui démontrer que son scepticisme était exagéré. A tous les arguments que je produisais, mon interlocuteur répondait invariablement : « Je voudrais croire, comme vous, à la sincérité des hystériques, mais, en ce qui me concerne, je n'ai vu jusqu'à présent que des hystériques trompeuses. J'ai eu quelquefois l'occasion d'examiner des malades de ce genre qui prétendaient

n'y plus voir d'un œil, je les ai soumises aux épreuves qui servent à déjouer les supercheries des conscrits simulant la cécité unilatérale, et je les ai surprises toutes, sans exception, en flagrant délit de simulation. »

Cette affirmation venant d'un homme sérieux pour qui je professe une haute estime scientifique, me donna beaucoup à réfléchir, et je résolus aussitôt de la contrôler. Pour cela je me fis initier à la technique des procédés employés par les oculistes pour la détermination de l'amaurose monoculaire et j'attendis que les hasards de la clinique me missent en présence d'un cas bien net d'amblyopie hystérique unilatérale. Quelques jours plus tard, une ancienne malade du service (celle-là même sur laquelle je vous ai montré le phénomène de l'haphalgésie), Thérèse C..., se présenta à l'hôpital. Il était noté sur son observation, prise par M. Gaube en 1882, qu'elle distinguait à peine le jour de la nuit avec l'œil gauche. Je lui demandai si ce symptôme persistait toujours, et, sur sa réponse affirmative, je plaçai devant ses yeux une boîte de Flees. Cet appareil, vous le savez peut-être, est formé par une boîte munie de deux oculaires et ayant les apparences extérieures d'un stéréoscope. Au fond de cette boîte sont placés deux points de couleur différente, l'un à droite, l'autre à gauche, et, par une ingénieuse disposition, le sujet voit avec l'œil droit le point situé à gauche, et *vice versa*. Supposez un simulateur non prévenu prétendant n'y pas voir de l'œil droit, il dira qu'il ne voit pas le point qui lui apparaît à droite. Or c'est précisément celui qui est perçu par l'œil gauche. Mais revenons à notre hystérique. A peine eut-elle regardé dans l'instrument qu'elle dit sans hésiter : « Je vois deux points, l'un rouge, l'autre bleu. » Je ne manifestai aucun étonnement, bien que dans mon for intérieur je ne pusse me défendre de la pensée que mon confrère avait peut-être raison de se défier de la sincérité des hystériques. Cependant je remarquai que la supercherie dont je soupçonnais alors la malade ne se traduisait pas par l'erreur que commettent habituellement les simulateurs.

A quelque temps de là, je répétai l'expérience de la boîte de Flees sur deux autres hystériques également amblyopes du côté gauche. Les résultats furent les mêmes. Ces malades, qui ne voyaient pas de l'œil gauche seul, distinguaient très nettement les deux points au fond de la boîte.

Je me demandai alors si l'amaurose hystérique n'était pas un trouble fonctionnel existant seulement dans la vision monoculaire,

et, partant de cette hypothèse, je fis un certain nombre d'expériences dont les résultats concordants fixèrent ma conviction.

Voici précisément une des malades qui ont servi à ces recherches. Lorsque son œil gauche est fermé, elle voit très bien avec l'œil droit. Quand, au contraire, son œil droit est fermé, elle distingue à peine, avec l'œil gauche, le jour de la nuit. Ses deux yeux étant ouverts, je la prie de fixer une croix rouge tracée au centre d'un tableau noir, puis je place un prisme devant son œil droit. La malade aperçoit aussitôt deux croix rouges. Je place maintenant le prisme devant l'œil gauche, et la malade déclare encore qu'elle voit deux croix rouges. D'après les conditions physiques de l'expérience, cette diplopie provoquée par l'interposition du prisme ne peut se produire que si les deux rétines sont excitables. L'une des deux est impressionnée, en effet, par l'image réelle, tandis que l'autre perçoit l'image déviée par réfraction. Dans les conditions où nous venons de la placer, notre malade y voyait donc des deux yeux.

Pratiquons maintenant l'expérience de l'écran. J'écris sur le tableau une ligne de lettres. Une lame de carton est placée verticalement devant le milieu du visage de la malade, et celle-ci est assise bien en face du tableau. L'œil droit fermé, elle déclare qu'elle est incapable de distinguer les caractères écrits sur le tableau. L'œil gauche fermé, elle lit sans hésitation les lettres placées à droite de l'écran. Les deux yeux ouverts, elle lit toutes les lettres, aussi bien celles qui sont à la gauche de l'écran que celles qui sont à sa droite.

Que faut-il conclure de ces expériences? Que nos malades sont des fourbes se jouant impudemment de notre crédulité? Je ne le pense pas, car on n'expliquerait alors ni la concordance de leurs réponses ni les différences existant entre leur méthode de simulation et celle des jeunes gens qui tentent d'échapper au service militaire en alléguant une fausse amaurose unilatérale. A mon avis, il n'y a pas lieu de douter de la sincérité de nos hystériques parce que les symptômes de leur amblyopie ne sont pas exactement calqués sur ceux de l'amaurose organique. Un trouble fonctionnel n'a pas la fixité d'une lésion destructive. La cécité de cause organique reste invariable dans la vision monoculaire et dans la vision binoculaire, mais il est possible qu'il n'en soit pas de même pour l'amblyopie hystérique, et, ce point de départ une fois accepté, il devient facile d'expliquer les phéno-

mènes observés sur nos malades, en admettant que leur amblyopie est un trouble de la fonction monoculaire, susceptible de disparaître aussitôt que les deux yeux agissent synergiquement comme ils le font dans les conditions habituelles de la vision normale.

Remarquez, Messieurs, que cet entraînement fonctionnel, dont nous supposons l'existence dans la vision binoculaire, a des analogues dans un certain nombre de troubles visuels déjà bien déterminés chez les hystériques. M. Charcot a observé que certaines hémianesthésiques atteintes de cécité monoculaire pour une couleur voient distinctement cette couleur, même de l'œil achromatope, dans la vision binoculaire. M. Parinaud rapporte cette observation dans les termes suivants :

« Soit, dit-il, une hémianesthésique atteinte de cécité monoculaire pour une couleur. Nous supposons, par exemple, qu'un carré de papier vert est vu gris de l'œil gauche amblyope et vert de l'œil droit qui est sain. Si l'on place sur l'œil sain un prisme qui fasse voir deux images du papier, au lieu d'être, l'une verte, l'autre grise, comme on s'y attend, les deux images sont vertes. En répétant cette expérience, j'ai observé que si l'on place le prisme sur l'œil malade les deux images sont grises; mais il faut pour cela que l'amblyopie ne soit pas trop prononcée. »

M. Parinaud a constaté un fait encore plus curieux. Il a trouvé un certain nombre de malades achromatopes de chacun des deux yeux dans la vision monoculaire et qui cependant distinguaient très bien les couleurs dans la vision binoculaire. Il a vu enfin que, dans beaucoup de cas de rétrécissement concentrique unilatéral du champ visuel, il suffisait de faire ouvrir l'œil du côté sain pour que le champ de la vision de l'œil amblyope s'accrût aussitôt de 10 à 20 degrés.

Pour expliquer ces faits, deux interprétations ont été proposées. La première repose sur l'hypothèse que les centres intra-encéphaliques, dans lesquels se forment les perceptions visuelles, ne sont pas les mêmes pour la vision binoculaire et pour la vision monoculaire, et que, par conséquent, les uns peuvent être paralysés ou parésiés, tandis que les autres jouissent encore de toutes leurs propriétés physiologiques. Cette hypothèse n'a rien d'invraisemblable. Elle s'appuie à la fois sur des faits cliniques et sur des observations expérimentales. Les faits cliniques, vous les connaissez déjà. Quant aux observations expérimentales, vous

en trouverez les détails dans les mémoires de MM. Ferrier et Yeo [1], Luciani et Tamburini [2], Luciani et Seppilli [3], J. Loeb [4], etc. Il m'est impossible de les reproduire ici. Il me suffira de vous dire que tous ces physiologistes admettent la multiplicité des centres cérébraux de la vision, et que M. Ferrier en particulier est arrivé à cette conviction « que les yeux ont un double rapport avec les centres visuels : 1° monoculaire, entre le gyrus angulaire et l'œil du côté opposé; 2° binoculaire, entre le lobe occipital et la moitié correspondante des deux rétines [5]. »

La seconde interprétation a été fournie par M. Bernheim. Après avoir soigneusement analysé plusieurs cas cliniques analogues à ceux qui nous occupaient il y a quelques instants, M. Bernheim conclut que la cécité hystérique est un phénomène purement psychique, une illusion de l'esprit et non pas une véritable anesthésie sensorielle. « L'hystérique amblyope, dit-il, neutralise inconsciemment, avec son imagination, l'image visuelle qu'elle perçoit normalement [6]. » J'avoue que je ne saisis pas très bien les raisons sur lesquelles se fonde M. Bernheim pour déduire une pareille conclusion des faits qu'il a d'ailleurs très habilement observés. Je ne comprends pas comment l'hystérique peut neutraliser *inconsciemment*, avec son imagination, les perceptions monoculaires, et ne pas neutraliser *inconsciemment* aussi les perceptions binoculaires ou tout au moins la partie des perceptions binoculaires qui provient de l'œil amblyopique. L'hypothèse de la multiplicité des centres sensitifs satisfait mieux mon esprit et, jusqu'à plus ample informé, je lui donne la préférence [7].

[1] Ferrier et Yeo, *On the cerebral visual centres*. Brain, octob., 1880, p. 419.

[2] Luciani et Tamburini, *Sui centri prico-sensori corticali* (*Rivista sperimentale di freniatria*, 1879).

[3] Luciani et Seppilli, *Le localizzazioni funzionali del cervello*, 1885.

[4] Jacques Loeb, *Die Sehstœrungen nach Verletzungen der Grosshirnrinde* (*Pfluger's Archiv*, Bd XXXIV, 1884).

[5] Lettre adressée par M. Ferrier à M. Gille et reproduite par cet auteur dans sa thèse de doctorat ayant pour titre : *De l'hémiopie avec hémiplégie ou hémianesthésie*. Paris, 1880.

[6] Bernheim, *De l'amaurose hystérique et de l'amaurose suggestive* (*Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique*, t. I, septemb. 1886, p. 65).

[7] M. Binet a proposé une troisième interprétation fondée sur le résultat des expériences de M. Féré sur la dynamogénie produite par les excitations sensorielles. Il est avéré aujourd'hui que toute excitation périphérique détermine une augmentation de la force motrice et de la sensibilité. Dès lors, on pourrait admettre, dit M. Binet, que « lorsque les deux yeux sont ouverts en même temps, les excitations visuelles reçues par chacun d'eux exercent sur l'autre œil, sur sa sensibilité chromatique, sur l'étendue de son champ visuel, une action dynamogène ».

Au reste les théories importent peu si les faits sont précis. Or, dans l'espèce, ils sont clairs et nets. Certains malades qui n'y voient pas ou qui y voient mal d'un œil quand l'autre œil est fermé, y voient distinctement des deux yeux quand les deux yeux, synergiquement associés dans une fonction commune, reçoivent ensemble des impressions visuelles. Interprétez cela comme vous voudrez. Ne l'interprétez pas du tout, si vous préférez, mais tenez-en compte désormais dans vos jugements cliniques et ne considérez pas, par exemple, comme des simulateurs les malades atteints d'amblyopie unilatérale hystérique parce qu'ils distinguent nettement les deux points colorés de la boîte de Flees et qu'ils ne répondent pas aux expériences du prisme ou de l'écran vertical comme le feraient des sujets dont les fonctions de la rétine seraient altérées par des lésions organiques grossières.

DIXIÈME LEÇON

ANESTHÉSIES HYSTÉRIQUES DES OS, DES MUSCLES ET DES VISCÈRES

SOMMAIRE

I. Anesthésie des os, du périoste, des ligaments articulaires et des troncs nerveux des membres. Importance théorique de l'insensibilité des nerfs périphériques.

II. Anesthésies des muscles et du sens musculaire. Insensibilité des muscles : 1° à la pression ; 2° à la contraction volontaire ou électrique ; 3° à la fatigue.

III. Étude clinique d'un cas de paralysie de la conscience musculaire ou aptitude motrice indépendante de la vue (Duchenne). Ce qu'on a improprement désigné sous le nom de *paralysie de la conscience musculaire* n'appartient pas au groupe des phénomènes sensitifs. La prétendue paralysie de la conscience musculaire est un trouble des organes cérébraux d'où partent les incitations motrices.

IV. Perte de la notion de position et d'existence des membres.

V. Anesthésies viscérales : anesthésies des seins et des testicules. Anesthésie épigastrique profonde.

Messieurs,

Je voudrais vous donner aujourd'hui quelques détails sur les anesthésies hystériques des tissus profonds et des viscères. Malheureusement, il n'est pas très facile d'explorer la sensibilité des os, des ligaments, des nerfs, des muscles, et il est à peu près impossible d'étudier celle des organes renfermés dans les cavités splanchniques. Je ne pourrai dès lors vous fournir que des renseignements incomplets sur certaines parties du sujet que nous allons aborder; mais j'espère que vous voudrez bien ne pas m'en tenir rigueur à cause de l'extrême difficulté des problèmes dont nous allons chercher ensemble la solution.

I

Les os et le périoste jouissent, à l'état physiologique, d'une sensibilité fort obtuse. Cependant ils sont sensibles, et quand

nous recevons un coup sur le tibia, ou quand notre poignet est fortement serré par la main d'une personne vigoureuse, nous éprouvons une sensation complexe dont tous les éléments ne sauraient être rapportés à la pression ou à la contusion de la peau. Dans l'hystérie, les os et le périoste deviennent quelquefois insensibles aux excitations les plus violentes. On peut piquer le périoste de certains hystériques, frapper leurs os avec des corps durs sans provoquer la moindre douleur. J'enfonce cette grosse épingle dans le radius droit de Paule C..., et vous voyez que la malade ne manifeste aucune souffrance. Je la pique dans le pariétal du même côté, et la patiente ne donne aucun signe de sensibilité. Avec le talon de cette bottine je frappe fortement la face antéro-interne du tibia droit de notre malade; celle-ci reste indifférente comme si elle n'avait rien senti. Je comprime de toutes mes forces son poignet droit entre la table et le manche d'un gros scalpel, elle ne pousse aucune plainte. Ses os et son périoste sont anesthésiques comme l'est sa peau.

L'insensibilité des ligaments articulaires est tout aussi absolue. A l'état normal, ces ligaments sont surtout sensibles à la traction et à la torsion. Vous savez quelle sensation désagréable provoque la torsion exagérée des membres. Cette sensation est abolie chez beaucoup d'hystériques, et vous voyez que nous pouvons tordre le bras de notre sujet avec une grande force, sans déterminer la moindre souffrance.

En général, l'anesthésie des os et des ligaments coexiste avec l'anesthésie cutanée, mais elle peut être observée aussi sur des membres dont la peau a conservé sa sensibilité normale. Nous avions il y a quelques mois, dans nos salles, une malade qui ne ressentait aucune douleur quand on tiraillait ses jointures dans tous les sens, bien que sa peau fût partout sensible au contact, à la piqûre et à tous les autres modes d'excitation.

Les anesthésies profondes dont je viens de vous entretenir ont été constatées et décrites par tous les auteurs qui se sont occupés de l'hystérie dans ces dernières années. Il n'en est pas de même pour les anesthésies des troncs nerveux, dont personne, je crois, n'a cherché à démontrer l'existence. Essayons, si vous voulez, de combler cette petite lacune.

Il est un nerf facilement accessible sur lequel pourront porter nos expériences; c'est le nerf cubital au niveau du point où il passe dans la gouttière qui sépare l'olécrâne de la tubérosité interne de l'humérus. Un choc portant exactement sur ce point

déterminé, quand la sensibilité du nerf est normale, un engourdissement douloureux qui s'étend à la face interne de l'avant-bras et de la main et qui cause une sensation très pénible. Cette sensation se produira-t-elle sur un membre atteint d'anesthésie hystérique? Nous allons le savoir tout de suite. Avec un marteau plessimétrique je frappe un coup sec sur la gouttière du nerf cubital droit de Paule C..., la malade n'accuse aucune douleur. Je frappe plus fort, elle ne sent rien. Le nerf est donc anesthésique comme le sont les autres tissus du membre. Pour nous en assurer d'une façon plus précise, j'enfonce une épingle à travers la peau qui recouvre la gouttière épitrochléenne, et j'en promène la pointe sur les tissus qui occupent le fond de cette gouttière. Le nerf ne peut échapper à l'excitation; il a été atteint, en effet, car voilà que les muscles de l'avant-bras se sont brusquement contracturés; mais son irritation n'a provoqué aucune sensation douloureuse; la malade n'a ressenti et ne ressent actuellement aucune souffrance. J'appelle votre attention sur l'intérêt théorique des expériences que nous venons de pratiquer. Elles prouvent, si je ne me trompe, que l'anesthésie hystérique n'est pas le résultat d'une inertie fonctionnelle des extrémités terminales des nerfs sensitifs; car, si l'organe de cette anesthésie était périphérique, l'excitation directe des troncs nerveux devrait éveiller des sensations douloureuses dans les ganglions centraux restés intacts. Du moment qu'il est possible de frapper et de piquer les nerfs des membres sans provoquer de réaction sensitive, c'est que l'organe de l'anesthésie est situé au-dessus des nerfs, et comme, au-dessus des nerfs, il n'y a que les centres nerveux, c'est dans une modification fonctionnelle des centres nerveux qu'il nous faudra chercher plus tard la cause déterminante des anesthésies hystériques.

II

L'existence des nerfs sensitifs dans les muscles et les tendons a été démontrée par des recherches relativement récentes, dont les plus importantes sont dues à MM. Carl Sachs [1], Rollet [2] et

[1] Carl Sachs, *Untersuchungen über die sensiblen Nerven der Muskeln* (*Reichert's und der Bois-Reymond's Archiv*, 1874, et *Physiolog. und anatom. Untersuchungen über die sensiblen Nerven der Muskeln.* Inaug. Dissert, Berlin, 1875).

[2] Rollet, *Ueber einem Nervenplexus und Nervenendigungen in einer Sehne* (*Sitz. d. K. Akad. der Wissensch.*, 1876).

Golgi[1]; mais longtemps avant les travaux de ces auteurs on savait que les muscles sont le siège de sensations spéciales et même de sensations très délicates. Dès 1824, Charles Bell[2] avait émis l'hypothèse qu'ils reçoivent deux sortes de nerfs : les uns *moteurs,* qui provoquent la contraction; les autres *sensitifs,* qui renseignent le cerveau sur l'état de contraction ou de relâchement des muscles et lui fournissent, pour employer les expressions de l'auteur anglais, le *sentiment du muscle en action.* Cette hypothèse, très vivement attaquée par certains physiologistes, a fait l'objet d'interminables controverses dont elle est sortie victorieuse. Ce que l'on désigne aujourd'hui, avec Landry, sous le nom de *sens musculaire,* correspond à peu près à ce que Ch. Bell appelait le *sentiment du muscle en action,* Gerdy le *sentiment de l'activité musculaire,* C. Brach le *sentiment du mouvement,* E.-H. Weber le *sens de la force.*

Mais ces noms différents ne s'appliquent qu'à une partie des sensations ayant leur point de départ dans les muscles, et, pour étudier utilement les altérations pathologiques de la sensibilité musculaire, il faut que nous passions en revue tous les modes de réaction sensitive des muscles. Aussi, négligeant à dessein l'histoire des discussions qui se sont produites au sujet du *sens musculaire,* nous allons, si vous le voulez bien, rechercher ensemble quelles sont les sensations simples qui nous viennent des muscles, et voir comment elles sont modifiées ou abolies par le fait de l'anesthésie hystérique.

Une analyse très facile à faire sur soi-même permet de dissocier au moins trois ordres de sensations d'origine musculaire :

a) Quand nous comprimons fortement un de nos muscles, nous éprouvons une souffrance différente de celle que produit la pression de la peau ou des autres tissus profonds.

b) La contraction d'un muscle est accompagnée d'une sensation toute particulière qui nous fait apprécier exactement le degré de durcissement actif des fibres musculaires.

c) Quand un de nos muscles est resté contracté pendant un certain temps ou quand il s'est contracté souvent à des intervalles rapprochés, nous éprouvons une sensation pénible de fatigue ou de courbature.

[1] Camillo Golgi, *Sui nervi dei tendini* (*Memorie della reale Accademia delle Scienze di Torino,* série II, t. XXXII, 1880).

[2] Ch. Bell, *An exposition of the natural system of the nerves of the human body.* London, 1824. Trad. franç. par Genest, Paris, 1825, et *The hand, its mechanism and vital endowments.* London, 1832.

Que deviennent dans l'anesthésie hystérique ces trois sortes de sensations? Quelques expériences cliniques vont nous l'apprendre [1].

a) Voici une de nos hystériques dont la peau est anesthésique sur tout le côté droit du corps. Je saisis entre les doigts son biceps brachial droit et je le comprime de toutes mes forces. Notre malade n'éprouve aucune douleur; elle ne sent même pas qu'on la touche. Le deltoïde, le sterno-cléido-mastoïdien, les muscles de l'éminence thénar et tous les autres muscles du côté droit du corps sont également insensibles à la pression. Je vous prie de remarquer incidemment que l'anesthésie de ces muscles ne les empêche pas de se contracter énergiquement sous l'influence des excitations directes. La percussion du biceps est suivie d'une contracture très appréciable et son pincement brusque provoque la formation immédiate du bourrelet saillant qui est connu sous le nom de *contraction idiomusculaire*. L'anesthésie des muscles n'entraîne donc pas nécessairement après elle des modifications dans l'excitabilité des fibres musculaires. Un muscle peut être absolument insensible à la pression tout en restant excitable à la percussion et au pincement.

b) Chez cette même malade, les sensations qui accompagnent, dans les conditions normales, l'activité musculaire sont totalement abolies dans la moitié droite du corps. Il en résulte quelques incommodités qui, pour être légères, n'en sont pas moins souvent fort désagréables. Quand nous voulons faire un mouvement adapté à un but, nous sentons très bien si l'ordre donné par notre cerveau est convenablement accompli par nos muscles, si la dépense de forces est exactement proportionnée au travail commandé, si le but est atteint. Les choses ne se passent pas tout à fait ainsi chez notre malade. Celle-ci veut comme nous; ses muscles sont capables d'exécuter les mouvements voulus; mais il est nécessaire qu'elle en surveille l'action par le regard, car aucune sensation interne ne la renseigne sur la façon dont ses membres obéissent à sa volonté. Semblables à ces mauvais ouvriers qui ne travaillent

[1] Depuis que cette leçon a été faite, plusieurs travaux relatifs au sens musculaire et aux troubles des fonctions musculaires dans l'hystérie ont été publiés. Nous signalerons les suivants :

A. Binet et Ch. Féré, *Recherches expérimentales sur la physiologie des mouvements chez les hystériques* (*Archives de physiologie*, octobre 1887). — *Du sens musculaire chez les hystériques* (*Revue philosophique*, 1888).

H. Beaunis, *Les sensations internes*, 1 vol. in-8°, 1889.

Charlton Bastian, *On muscular sense*. Brain, *Journal of neurology*, april 1887.

régulièrement que sous l'œil du maître, ses muscles n'exécutent fidèlement ses ordres que si elle fait incessamment attention à eux. Veut-elle déplacer un verre? Elle le peut fort bien; toutefois elle est obligée de regarder ce qu'elle fait et de maintenir constamment ses muscles, par un effort de volonté consciente, au degré de contraction convenable. Si, par hasard, elle s'oublie un instant, le verre a beaucoup de chances de s'échapper de ses mains et de se briser. De là résulte, non pas une impotence fonctionnelle véritable, mais une maladresse évidente que la vue et l'attention peuvent atténuer dans une certaine mesure sans la corriger complètement. En réalité, la vue n'est pas indispensable à l'exécution des mouvements. Les yeux fermés, notre malade peut porter la main droite à son nez ou à son front; cependant, elle ne le fait pas aussi sûrement que de la main gauche. Lorsque ses yeux sont ouverts, la motilité est intacte des deux côtés; lorsqu'ils sont fermés, les mouvements du membre supérieur droit sont incertains, hésitants, tandis que ceux du membre supérieur gauche restent fermes, précis, résolus. Ce trouble léger dans l'adaptation des mouvements volontaires à un but déterminé dépend très vraisemblablement de l'anesthésie musculaire.

Un autre phénomène qui doit être rapporté sans aucun doute à la même cause, c'est la *perte de la notion du poids des objets*. Tandis que, de la main gauche, notre malade apprécie exactement le poids des corps qu'on la prie de soulever, elle ne se rend que très imparfaitement compte du poids de ceux qu'on place dans sa main droite. Si ces corps pèsent moins de 400 ou 500 grammes, elle ne sent pas du tout l'effort qu'elle est obligée de faire pour les soutenir. S'ils pèsent plusieurs kilogrammes, elle reconnaît vaguement qu'on lui a mis dans la main quelque chose de lourd, mais elle ne peut apprécier, même approximativement, leur pesanteur.

Il convient d'ajouter ici que les contractions musculaires provoquées par l'électrisation ne sont pas mieux perçues que les contractions volontaires. J'applique sur le biceps brachial de notre malade les électrodes d'un appareil d'induction relativement très puissant. Le muscle se raccourcit vivement, car malgré son anesthésie il est excitable par l'électricité, mais la malade n'a été informée de sa contraction par aucune sensation douloureuse.

c) La fatigue musculaire est un phénomène très complexe. Il serait peut-être intéressant d'en étudier comparativement tous les détails dans les muscles normalement sensibles et dans les muscles anesthésiques, mais cela nous entraînerait fort au delà des limites de cette leçon. Bornons-nous donc à rechercher si la sensation bien connue de *courbature* se produit, après l'activité soutenue ou les efforts répétés, dans les muscles anesthésiques. Afin de résoudre cette question, j'ai pratiqué hier deux expériences dont les résultats me paraissent assez précis :

La première a consisté à faire exécuter à notre malade, avec le bras gauche d'abord, puis avec le bras droit, un travail exigeant un certain déploiement de forces. Paule a été conduite au laboratoire, et là, elle a été mise en demeure de tourner avec la main gauche (côté sensible) le volant de notre machine à électricité statique. Après cinq minutes de cet exercice, la malade était épuisée; tout son membre supérieur gauche était courbaturé; elle déclara qu'il lui était impossible de continuer. Après un repos d'un quart d'heure, Paule recommença à tourner la roue *de la main droite* (côté anesthésique). Elle le fit, sans interruption, pendant dix minutes consécutives. Au bout de ce temps elle se plaignit d'un sentiment pénible dans le dos, mais elle ne ressentait, disait-elle, aucune fatigue dans le membre supérieur droit.

La seconde expérience avait pour but de rechercher si les muscles anesthésiques étaient capables de rester, plus longtemps que les muscles normaux, en état de contraction soutenue. Pour cela, j'ai fait asseoir Paule sur un tabouret, et je lui ai fait placer les bras en croix, en la priant de rester dans cette position aussi longtemps que cela lui serait possible. Après deux minutes et demie, elle a déclaré qu'elle éprouvait des tiraillements très pénibles dans l'épaule du côté gauche (normal), et elle a abaissé le membre de ce côté. Le bras droit, au contraire, est resté étendu, sans fatigue, pendant trente minutes consécutives. Au bout de ce temps l'expérience a été interrompue, parce que la malade prétendait ressentir une douleur assez vive dans un point très limité situé à la face antérieure de l'articulation scapulo-humérale. Mais cette douleur (dont je ne m'explique pas la nature) était, à son dire, tout à fait différente de la sensation de courbature qu'elle avait ressentie précédemment dans les muscles du bras et de l'épaule du côté opposé.

Il paraît ressortir clairement de ces expériences que les sensa-

tions de fatigue et de courbature ne se produisent pas, dans les muscles anesthésiques, comme elles se produisent dans les muscles jouissant de leur sensibilité normale, et, d'une manière plus générale, que toutes les sensations simples dont on peut légitimement rapporter l'origine au tissu musculaire sont abolies par le fait de l'anesthésie hystérique des muscles.

III

En vous parlant, il y a un instant, de la perte des sensations de l'activité musculaire, je vous faisais remarquer que la malade sur laquelle nous observions ensemble cette variété d'anesthésie était capable d'exécuter tous les mouvements voulus par elle, même lorsque ses yeux étaient fermés. La perte du sentiment de la contraction des muscles est une cause de maladresse, d'incertitude dans les mouvements, mais non pas d'impotence absolue.

Dans certains cas, cependant, les choses se passent autrement. Les malades exécutent parfaitement tous les mouvements volontaires possibles quand leurs yeux sont ouverts et deviennent incapables d'en accomplir aucun aussitôt que leurs yeux sont fermés. C'est là ce que Duchenne[1] a décrit sous le nom de *paralysie de la conscience musculaire ou de l'aptitude motrice indépendante de la vue.* « Chez les sujets atteints de cette forme de paralysie, dit-il, la volonté n'a le pouvoir de provoquer la contraction des muscles qu'à la condition d'être éclairée par la vue. » D'après Duchenne, la conscience musculaire serait indépendante de la sensibilité musculaire.

En 1864, Lasègue[2], à propos de deux cas cliniques observés dans son service, publia dans les *Archives générales de médecine* un de ces articles pleins de verve et de bon sens clinique dont il avait le secret. Ses malades présentaient nettement les phénomènes signalés par Duchenne : les yeux ouverts, ils exécutaient tous les mouvements possibles, tandis qu'ils devenaient impotents aussitôt qu'ils étaient privés de la vue. Lasègue analysa avec soin les caractères cliniques de cette impotence spéciale, et il remarqua un fait très curieux, c'est que le tact pouvait, dans certaines conditions,

[1] Duchenne (de Boulogne), *Électrisation localisée*, 2e édit., 1861, p. 424, et 3e édit., p. 792.

[2] Lasègue, *Anesthésie et ataxie hystériques* (*Archives générales de médecine*, 1864).

suppléer la vision. L'une de ses malades ne pouvait remuer les doigts de la main gauche quand elle avait les yeux fermés; mais si on appliquait cette main gauche (anesthésique) sur sa tête (dont les téguments avaient conservé leur sensibilité normale), il lui était possible d'exécuter avec les doigts des actes définis. Le toucher, en conclut très logiquement Lasègue, vient donc se substituer au sens de l'action musculaire des doigts et de la vue, en avertissant le malade que le mouvement s'accomplit selon son intention. Mais, ajoute-t-il aussitôt, cette influence des sens ne fournit pas à elle seule l'interprétation de l'impotence, car le rôle qu'elle joue dans la physiologie musculaire est consécutif à la contraction; il est impossible de supposer qu'elle préside au mouvement à son origine.

La conclusion de tout ceci, c'est que les phénomènes qui se succèdent dans l'accomplissement régulier des mouvements volontaires sont extrêmement complexes, et qu' « admettre un sens ou une conscience de l'activité musculaire, indépendant et suffisant à tout expliquer, ce serait simplifier l'étude en sacrifiant une part de la vérité ».

Depuis la publication du travail de Lasègue, la question n'a fait aucun progrès décisif et nous nous trouvons aujourd'hui en présence des mêmes difficultés et des mêmes incertitudes qu'en 1864.

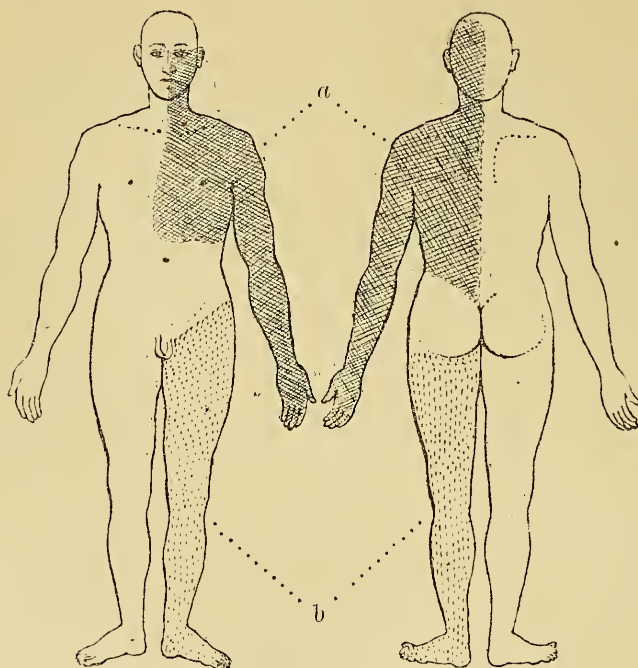
Je suis heureux de pouvoir vous montrer un exemple de *paralysie de la conscience musculaire*. Il nous est fourni par un jeune homme, nommé Cab..., hystéro-épileptique, en traitement dans le service depuis deux mois environ. Il y a huit jours, à la suite d'une grande attaque convulsive, Cab... a présenté une paralysie complète du membre supérieur gauche. Depuis trois jours, il peut remuer ce membre, s'en servir avec énergie et précision, mais à la condition qu'il se rende compte, par la vue, des mouvements exécutés. Aussitôt qu'il ferme les yeux, son membre supérieur gauche retombe dans l'inertie. Ce sont bien là, vous le voyez, les caractères fondamentaux assignés par Duchenne à la paralysie de la conscience musculaire. Profitons de l'occasion pour étudier ensemble les détails de la symptomatologie de cette forme singulière d'impotence fonctionnelle des muscles.

Une première particularité à noter, c'est que le membre supérieur gauche de Cab... est le siège d'une anesthésie totale et complète. La peau et les tissus profonds de ce membre sont

insensibles à tous les modes d'excitation. La *figure 4* montre la distribution de cette anesthésie qui s'étend notablement au delà de la racine du bras. Au membre inférieur gauche on constate les phénomènes de thermo-anesthésie que je vous ai montrés dans une des précédentes leçons.

Fig. 4. — Distribution topographique de l'anesthésie cutanée chez Cab...

a) Anesthésie totale et complète. *b*) Thermoanesthésie avec conservation des perceptions tactiles et douloureuses.



Lorsque le malade a les yeux ouverts, il exécute tous les mouvements possibles sans hésitation ni faiblesse. Il serre avec force le dynamomètre qui marque, de la main droite, 50 kilog.; de la main gauche, 36 kilog. Il porte ses mains sur la tête, boutonne ses vêtements, roule une cigarette, sans que l'observateur le plus attentif puisse reconnaître une différence entre la motilité du membre supérieur droit et celle du membre supérieur gauche.

L'occlusion des yeux ne modifie en rien l'aptitude motrice du membre supérieur droit, mais elle détermine une inertie complète du membre supérieur gauche. Dans ces conditions, le dynamomètre, serré par la main droite, indique une pression de

50 kilog., tandis que son aiguille reste au zéro lorsque, après avoir placé l'instrument dans la main gauche de Cab..., on prie celui-ci de serrer de toutes ses forces. Nous disons au malade, en lui tenant les paupières fermées, de frapper des coups de poing sur la table *avec sa main droite,* il le fait aussitôt. Nous le prions de répéter le même mouvement *avec sa main gauche,* la main reste inerte, impuissante à accomplir le mouvement voulu. La volonté commande, le muscle n'obéit pas.

Chez Cab..., de même que chez le malade observé par Lasègue, l'influence de la vue sur l'aptitude motrice peut être suppléée par les sensations tactiles. En voici la preuve : après avoir fermé les yeux de notre sujet, je place sa main gauche sur la table et je le prie de remuer ses doigts comme s'il jouait du piano. Malgré les sollicitations les plus pressantes, sa main reste immobile. Je la place alors sur sa cuisse droite, dont la sensibilité est intacte, et aussitôt notre malade exécute les mouvements demandés.

Ainsi, l'intervention des impressions sensorielles (visuelles ou tactiles) suffit à faire disparaître l'impotence motrice résultant de la prétendue paralysie de la conscience musculaire. Ce n'est pas tout. Je me suis assuré ces jours-ci, par des expériences nombreuses, qu'on pouvait rendre, dans une certaine mesure, l'aptitude motrice au membre supérieur gauche de notre malade sans faire intervenir aucune influence sensorielle. C'est ainsi que des mouvements continus ou régulièrement rythmés, commencés les yeux ouverts, peuvent être continués les yeux fermés. C'est ainsi encore que certains mouvements synergiquement associés peuvent être exécutés d'emblée malgré l'occlusion des paupières.

Je vais répéter devant vous les principales expériences sur lesquelles sont fondées ces affirmations :

1° Je prie Cab... de tourner rapidement les mains autour d'un axe fictif; il exécute parfaitement ce mouvement. Pendant qu'il le fait, je lui ferme les yeux, et le mouvement continue à se produire *des deux mains*. Sans relever ses paupières, je lui dis d'arrêter ses mains : il obéit aussitôt; puis je lui ordonne de recommencer le mouvement qu'il faisait il y a un instant. Il le recommence, mais de la *main droite seule*.

2° Le malade étant assis sur une chaise, je le prie de frapper avec la main gauche des coups rapides sur la table et de ne cesser que lorsque je le lui commanderai. Il obéit sans aucune hésitation. Après quelques secondes, je lui ferme les yeux, et il

continue à élever et à abaisser régulièrement sa main avec la même force et la même rapidité que tout à l'heure. Il s'arrête au commandement; mais tant que ses yeux resteront fermés, il sera incapable de recommencer le même exercice.

3° Après avoir bandé les yeux de notre malade, je le prie de se mettre dans la position d'un boxeur en garde et de simuler une lutte à coups de poing. Cette position est assez familière à Cab..., qui a été marin et qui a fait de la boxe une étude particulière. Aussitôt notre homme se met en garde, menaçant avec le poing droit son adversaire imaginaire et portant l'*avant-bras gauche* à la hauteur de son visage pour parer les coups. De même, si nous ordonnons à notre malade, ayant toujours le bandeau sur les yeux, de faire le geste de nager, il lance ses *deux bras* en avant et leur fait exécuter *à tous les deux* de grands mouvements circulaires. Au même moment, il lui serait tout à fait impossible de porter la *main gauche seule* à sa bouche ou sur sa tête.

Les expériences dont vous venez d'être témoins prouvent, si je ne me trompe, que les phénomènes décrits par Duchenne sous le nom de *paralysie de la conscience musculaire* dépendent surtout d'un trouble partiel des incitations motrices. Ce trouble, d'origine centrale, peut être corrigé, soit par l'intervention de certaines influences sensorielles, soit par divers modes d'entraînement des centres qui président à l'exécution des mouvements. En réalité, il ne s'agit pas là simplement d'un trouble de la sensibilité musculaire. L'anesthésie des muscles est peut-être un de ses éléments constitutifs, mais son origine réelle est certainement en dehors des muscles et même des centres des perceptions sensitives. J'ai saisi avec plaisir l'occasion de vous montrer un exemple de ce curieux syndrome pathologique, mais je tiens à bien faire observer que la paralysie de la conscience musculaire est essentiellement une forme de paralysie motrice, et non pas un effet direct de l'anesthésie hystérique des muscles [1].

[1] Depuis que cette leçon a été faite, j'ai eu l'occasion d'étudier un nouveau cas de paralysie de la conscience musculaire chez un homme de trente-cinq ans atteint d'hystéro-neurasthénie d'origine traumatique. Cet homme présentait, entre autres symptômes, une anesthésie généralisée de la peau et des muqueuses. Les phénomènes de la paralysie de la conscience musculaire étaient, chez lui, d'une netteté parfaite. Quand il avait les yeux ouverts, il se tenait debout, marchait avec assurance et exécutait avec précision tous les mouvements commandés. Quand il avait les yeux fermés, il était incapable de faire aucun mouvement volontaire. Dans l'obscurité de la nuit, il en était réduit à ne pouvoir se tourner dans son lit, et, n'ayant aucune

IV

On confond très souvent, en clinique, le *sens musculaire* avec la *notion de position des membres*. En réalité, il s'agit là de sensations distinctes et, dans une certaine mesure, indépendantes les unes des autres.

A l'état normal, nous nous rendons très exactement compte, même les yeux fermés, de la position qu'occupent nos membres dans l'espace. Dans diverses circonstances pathologiques, cette notion est abolie. Les malades qui *perdent leurs jambes dans leur lit* sont nombreux; vous en trouverez beaucoup parmi les ataxiques; vous en trouverez aussi parmi les hystériques. Mais il n'est pas exact que la notion de position des membres soit une simple modalité du sens musculaire. Elle paraît être le résultat d'un ensemble complexe de sensations provenant à la fois de la peau, des articulations, des ligaments, en un mot de tous les tissus sensibles. Que les muscles y prennent une certaine part, cela est possible, mais cette part est accessoire, et la preuve, c'est que le

notion de la position occupée par ses membres, il restait immobile comme une masse inerte.

Quelques observations, faites sur ce malade, confirment l'opinion d'après laquelle les phénomènes de paralysie de la conscience musculaire ne seraient pas seulement dus à un simple trouble de la sensibilité des muscles, corrigé par l'intervention de la vue :

1° L'occlusion des paupières d'un côté était suivie d'un affaiblissement considérable des muscles du côté correspondant et d'un affaiblissement marqué mais très appréciable des muscles du côté opposé. La pression sur le dynamomètre était mesurée :

	Main droite.	Main gauche.
Quand les deux yeux étaient ouverts........	par 36 kilog.	14 kilog.
Quand les deux yeux étaient fermés.........	par 0 —	0 —
Quand l'œil droit seul était ouvert..........	par 19 —	2 —
Quand l'œil gauche seul était ouvert........	par 4 —	10 —

2° L'occlusion des paupières empêchait ou gênait le fonctionnement de muscles soustraits, à l'état normal, au contrôle de la vue. Ainsi, les deux yeux fermés, le malade ne pouvait ni parler, ni tirer la langue hors de la bouche, ni avaler une gorgée d'eau préalablement introduite dans la cavité buccale. Un seul œil étant fermé, il pouvait parler ou avaler, mais avec beaucoup de difficulté.

3° L'occlusion des paupières avait un retentissement très marqué sur les fonctions psycho-sensorielles. Les deux yeux fermés, le malade était comme étourdi, incapable de comprendre ce qu'on lui disait. Si, après avoir fermé un de ses yeux, on lui parlait à l'oreille du côté opposé, il comprenait ce qu'on lui disait et y répondait; si on lui parlait à l'oreille du côté correspondant, il ne comprenait rien aux questions qu'on lui posait.

Tout cela est fort curieux. Il est très difficile d'en fournir l'explication physiologique. La seule déduction qu'on en puisse légitimement tirer, c'est que la paralysie du sens musculaire n'est pas la conséquence de la seule anesthésie du sens musculaire. C'est un phénomène plus complexe dont l'interprétation nous échappe encore.

sentiment de la position des membres peut être conservé chez des sujets dont les muscles sont totalement anesthésiques. Nous avons nettement constaté ce fait sur une de nos malades qui était anesthésique du côté gauche du corps. Les muscles étaient insensibles à la pression, au choc, à la piqûre. La malade avait perdu le sentiment de l'activité musculaire et celui de la fatigue. Cependant si, après lui avoir fermé les yeux, nous déplacions son membre supérieur gauche, elle s'en rendait parfaitement compte; elle savait très bien à quelle hauteur nous élevions sa main, dans quelle position nous placions ses doigts. Bref, elle avait conservé le sentiment de la position, bien qu'elle eût perdu les sensations simples d'origine musculaire.

A vrai dire, les choses ne se passent pas ainsi chez tous les hystériques anesthésiques. Habituellement, la notion de position des membres est pervertie ou abolie quand la peau et les muscles sont profondément insensibles. Paule C..., par exemple, et Cab..., sur qui nous venons d'étudier divers détails de l'anesthésie musculaire, ne se rendent aucun compte, lorsque leurs yeux sont fermés, des déplacements qu'on imprime à leurs membres anesthésiques. Mais, au point de vue théorique, la coexistence habituelle de deux phénomènes ne suffit pas à prouver la subordination étiologique de l'un à l'autre. Au contraire, le fait que la perte du sentiment de position des membres ne coïncide pas nécessairement avec l'anesthésie musculaire, démontre clairement qu'il n'y a pas, entre ces deux troubles sensitifs, un rapport direct de causalité et qu'ils ne dépendent pas l'un de l'autre.

Nous arriverions sans doute à des conclusions identiques si nous avions les moyens d'étudier en détail un autre trouble de la sensibilité qui s'observe quelquefois dans l'hystérie : je veux parler de la perte du *sentiment de l'existence des membres*. A l'état normal, nous avons la sensation intime de l'existence de nos membres. Nous sentons, même sans les regarder et sans les mouvoir, que nous avons des mains, des pieds, des bras, des jambes. On admet généralement que ce sentiment est le résultat des mille impressions internes et externes qui excitent incessamment nos organes. Le sang qui traverse nos tissus, l'air qui frôle notre peau déterminent, dit-on, des sensations légères, inconscientes, dont l'accumulation se traduit par le sentiment de l'existence ou, si l'on veut, par la *conscience du moi organique*. Cette explication paraît rationnelle et bien fondée. Cependant, quand on interroge

des hystériques assez intelligents pour pouvoir analyser des sensations délicates, on apprend avec étonnement que plusieurs d'entre eux, malgré l'anesthésie absolue du tégument externe et des tissus profonds, ont conservé la notion de l'existence de leurs membres. Ils n'éprouvent aucune sensation quand on touche leur peau, quand on frappe leurs muscles, quand on tiraille leurs articulations, et pourtant ils sentent qu'ils possèdent leurs quatre membres. Ce n'est guère que dans certains cas de paralysie à la fois motrice et sensitive que le sentiment intime du moi organique[1] se trouve totalement aboli. Cab... nous a fourni sur ce sujet des renseignements précis. Lorsque, il y a huit jours, son membre supérieur gauche a été frappé de paralysie motrice, le sentiment de l'existence de ce membre a été du même coup aboli, et pendant les trois jours qu'a duré la paralysie, Cab... ne sentait pas qu'il avait un bras gauche. Depuis que la paralysie s'est modifiée et que le malade peut mouvoir son membre supérieur lorsqu'il le regarde, le sentiment de l'existence de ce membre est revenu. « L'autre jour, dit Cab..., il me semblait que je n'avais pas de bras gauche; aujourd'hui je sens très bien que j'ai mes deux bras. » Or, la peau, les muscles, les os, les ligaments sont, en apparence du moins, tout aussi insensibles qu'il y a huit jours. L'anesthésie est complète, absolue; aucune excitation ne provoque de perception. Comment expliquer alors le retour de la notion subjective de l'existence de ce membre?

Faut-il admettre que des nerfs, indifférents à des excitations extérieures violentes, peuvent cependant transmettre, dans certaines conditions morbides, les impressions délicates provenant de l'intimité des tissus? Doit-on plutôt supposer que les centres perceptifs des sensations organiques sont autres que ceux des sensations tactiles et dolorifiques vulgaires? Pour apprécier la valeur de ces hypothèses, il faudrait étudier avec soin un grand nombre de cas de perte de la notion de l'existence des membres, analyser les circonstances dans lesquelles ce trouble sensitif se manifeste, déterminer les symptômes qui l'accompagnent toujours et ceux qui lui sont accidentellement associés. Or, ces recherches n'ont pas encore été faites, et rien n'autorise à préjuger les résultats qu'elles fourniront.

[1] Il va sans dire que cette expression : *le moi organique,* n'a aucune signification psychologique. Elle est employée ici pour désigner par abréviation l'ensemble des sensations qui donnent à la conscience la notion de l'existence des organes.

V

L'anesthésie hystérique peut-elle atteindre les viscères thoraciques et abdominaux? Il est impossible de pratiquer des explorations directes de nature à fournir une réponse précise à cette question. Cependant plusieurs raisons permettent de supposer que tous les viscères peuvent devenir insensibles aux excitations les plus violentes. On sait que la pression des seins, qui est très douloureuse à l'état normal, n'est pas perçue par certaines hystériques. Il en est de même pour la compression des testicules chez quelques hystériques mâles.

L'insensibilité des viscères abdominaux est rendue très vraisemblable par la facilité avec laquelle sont supportées, par la plupart des malades, les pressions énergiques pratiquées sur le ventre. Chez les personnes bien portantes, la compression violente des parois abdominales, celle de la région épigastrique en particulier, détermine une sensation spéciale d'angoisse douloureuse avec tendance rapide à la syncope. Chez les hystériques, on peut habituellement comprimer très fortement l'abdomen, frapper brutalement l'épigastre sans provoquer de sensations désagréables. Paule C... présente à un haut degré cette remarquable insensibilité de l'abdomen. Je la fais coucher sur un lit, je comprime son ventre aussi énergiquement que je le puis avec mon poing, elle ne manifeste aucune douleur; elle éprouve plutôt, dit-elle, une sensation de bien-être. Je frappe à coups redoublés sur son épigastre, et loin d'en être incommodée, elle rit de ces violences qui feraient probablement tomber en syncope un homme vigoureux et bien portant.

Cette anesthésie profonde de l'épigastre peut être considérée comme un des meilleurs stigmates de l'hystérie, et je crois qu'au point de vue du diagnostic elle a au moins autant de valeur que l'anesthésie du pharynx ou de la conjonctive. Il est curieux de noter qu'elle a été constatée autrefois et considérée comme un phénomène d'origine surnaturelle.

Carré de Montgeron, l'historiographe convaincu et enthousiaste des miracles accomplis sur le tombeau du diacre Pâris, en fait une description très détaillée. Il raconte qu'une jeune fille, nommée Jeanne Moler, supportait sur le creux épigastrique des coups

frappés par des hommes robustes avec un chenet de fer pesant 25 à 30 livres. Loin de souffrir de ces coups, la convulsionnaire s'écriait : « *Ah! que cela est bon! Ah! que cela me fait du bien! Courage, mon frère, redoublez encore de force si vous pouvez.* »

Une autre convulsionnaire préférait des coups de caillou. Une troisième se faisait enfoncer « *deux grosses clefs de grande porte dans le creux de l'estomac, immédiatement sous le sternum* », assez fortement pour aplatir « *tellement l'estomac et le diaphragme, qu'elles les collaient contre l'épine du dos.* »

Une nommée Gabrielle supportait qu'on lui comprimât la même région avec « *quatre tringles de fer de la grosseur du petit doigt et de la longueur d'environ un pied et demi, qui avaient une tête à peu près comme celle d'un clou de charrette et qui se terminaient en pointe émoussée* ». Cette malade « *étant à terre, couchée sur le dos, quatre personnes poussaient les pointes de ces quatre tringles de toutes leurs forces dans le creux de son estomac* », ou bien on la frappait violemment sur l'épigastre avec « *un gros pilon de fer pesant 48 livres, de la longueur de plus de 3 pieds et dont la masse avait 7 à 8 pouces de haut et 5 à 6 de diamètre*[1]. »

Il serait facile, j'imagine, de répéter toutes ces expériences sur plusieurs de nos malades, mais cela n'aurait aucun intérêt, car cela ne démontrerait rien de plus que ce que nous savons déjà, c'est-à-dire que l'anesthésie épigastrique est commune chez les hystériques.

[1] Carré de Montgeron, *La vérité des miracles opérés à l'intercession de M. de Pâris et autres appellans démontrée contre M. l'archevêque de Sens*, in-4°, 1737, t. III, pages 693, 694, 700, 702 et 703.

ONZIÈME LEÇON

DISTRIBUTION TOPOGRAPHIQUE DES ANESTHÉSIES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

Dans l'étude de la distribution des troubles sensitifs chez les hystériques on peut distinguer trois éventualités cliniques :

I. L'anesthésie fait complètement défaut. Exemples.

II. L'anesthésie, localisée à une région peu étendue des téguments ou à un appareil sensoriel, ne joue qu'un rôle effacé dans la symptomatologie de la névrose. Exemples.

III. L'anesthésie frappe simultanément la peau, les membranes muqueuses, les organes des sens et les tissus profonds. Dans ces cas, l'anesthésie cutanée peut être *générale, hémilatérale* ou disposée en *îlots disséminés*. Règles d'après lesquelles les anesthésies des muqueuses et des organes des sens s'associent avec les différentes formes d'insensibilité cutanée. Fréquence relative de ces divers types cliniques.

IV. Résumé et conclusions.

Messieurs,

En étudiant successivement, dans les leçons précédentes, les anesthésies hystériques de la peau, des membranes muqueuses, des organes des sens, des tissus profonds et des viscères, nous avons séparé, pour les besoins de l'exposition, des phénomènes qui se trouvent très souvent associés. Le moment est venu de replacer dans leurs rapports naturels les symptômes que nous avons arbitrairement disjoints, afin de rechercher les lois qui président à la distribution et à l'association des diverses espèces d'anesthésies dans les différents cas d'hystérie.

De ce point de vue à la fois plus général et plus clinique, on peut diviser, si je ne me trompe, les observations des malades en trois groupes, comprenant :

1° Les cas où l'anesthésie fait complètement défaut;

2° Ceux où l'anesthésie, localisée à une région peu étendue des téguments ou à un seul appareil sensoriel, ne joue pour ainsi dire

qu'un rôle effacé, comparativement aux autres manifestations de l'hystérie;

3° Ceux où des anesthésies multiples, frappant simultanément la peau, les membranes muqueuses, les organes des sens et les tissus profonds, constituent un faisceau de symptômes d'une grande importance dans l'ensemble des accidents hystériques.

Chacun de ces groupes de faits mérite quelques considérations.

I

1er Groupe : *l'Anesthésie fait complètement défaut.* — Contrairement à l'opinion de Gendrin et de Henrot, l'anesthésie n'est pas un symptôme constant et nécessaire de l'hystérie. Certains malades atteints d'accidents manifestement hystériques, voire même d'accidents convulsifs graves, ne présentent aucun trouble appréciable des fonctions sensitives. Les cas de ce genre sont exceptionnels, j'en conviens, mais on en rencontre quelques-uns, et, pour ma part, je crois en avoir observé deux sur une quarantaine d'observations d'hystérie dans lesquelles la sensibilité a été spécialement examinée, ce qui fait une proportion de 5 pour 100 environ.

Le premier est relatif à une dame de quarante et un ans qui, à l'occasion de fortes commotions morales, a eu dans sa vie trois grandes tempêtes hystériques. En 1875 elle fut victime d'une tentative d'empoisonnement. A la suite des émotions résultant de la découverte et du jugement du coupable, elle eut tous les jours, pendant dix-huit mois consécutifs, une ou plusieurs attaques hystéro-épileptiques suivies de scènes délirantes pendant lesquelles elle imitait le chant du coq, le gloussement de la poule, le roucoulement de la tourterelle, etc. Puis elle se rétablit et jouit pendant six ans d'une santé parfaite. En 1882 son mari mourut. Les attaques de nerfs reparurent avec les mêmes caractères et persistèrent encore pendant dix-huit mois. Enfin, il y a six mois, après une discussion d'intérêts très violente avec une de ses voisines, Mme X... fut reprise d'accidents convulsifs. Elle a maintenant tous les deux ou trois jours une grande attaque hystérique, et dans l'intervalle des attaques elle pousse presque continuellement une sorte de mugissement involontaire des plus incommodes. Ce mugissement, qui accompagne les mouvements inspiratoires, s'arrête quand la malade parle ou lit à haute voix. Il s'atténue

quand elle fixe son attention sur quelque chose, par exemple quand elle lit ou quand elle fait des calculs. Il cesse complètement durant la nuit. Il disparaît aussi pendant quelques heures à la suite des grandes attaques convulsives.

La nature de tous ces accidents est manifestement hystérique. Les circonstances qui ont provoqué leur première apparition, leur disparition complète pendant des années, les conditions dans lesquelles ils se sont reproduits, la forme des convulsions, les caractères du spasme rythmique respiratoire, tout cela ne peut laisser aucun doute sur l'exactitude du diagnostic. Eh bien! malgré la gravité de ces manifestations hystériques, Mme X... ne présente aucun trouble appréciable de la sensibilité. J'ai exploré maintes fois sa peau, ses muqueuses (sauf celles de l'anus et des organes génitaux), ses tissus profonds sans pouvoir découvrir la plus légère anomalie dans les réactions sensitives. M. Lichtwitz a soumis ses organes des sens à des examens répétés et n'a rien constaté d'anormal dans leur fonctionnement. Il n'existe pas de rétrécissement des champs visuels, pas de troubles des perceptions colorées, pas d'insensibilité du pharynx ni de l'épigastre, etc.

Un autre exemple très net d'hystérie sans trouble de la sensibilité nous a été fourni, l'an dernier, par une jeune fille de dix-huit ans, nommée Madeleine M..., traitée à la salle 7, pendant trois mois environ, pour des vomissements incoercibles. Cette jeune fille, somnambule dans son enfance et sujette, depuis la puberté, à des attaques convulsives ayant tous les caractères des attaques hystériques vulgaires, a été guérie de ses vomissements à la suite de quelques séances de faradisation; mais les attaques convulsives ont persisté beaucoup plus longtemps.

Pendant les trois mois qu'elle a passés à l'hôpital nous avons souvent examiné l'état de la sensibilité de cette malade, et malgré tout le soin que nous avons apporté à ces explorations, nous n'avons jamais pu découvrir aucun trouble des fonctions sensitives de la peau, des muqueuses, des organes des sens, ni des tissus profonds.

Ces deux faits me paraissent assez démonstratifs pour infirmer l'opinion des auteurs qui pensent que l'hystérie est toujours et nécessairement accompagnée de troubles de la sensibilité. Ils prouvent d'une façon tout à fait péremptoire que les fonctions sensitives peuvent rester absolument normales dans certains cas d'hystérie avérée.

II

2e Groupe : *l'Anesthésie est limitée à quelques points isolés de la peau ou des muqueuses ou à quelques organes des sens et ne joue qu'un rôle effacé dans la symptomatologie des accidents hystériques.* — Deux malades du service peuvent être rangées dans ce groupe. L'une, Anna G..., âgée de vingt et un ans, fille et petite-fille d'hystériques, est sujette, depuis l'âge de dix-huit ans, à des attaques convulsives et à des attaques de sommeil spontané. Ces accidents ont éclaté à la suite de chagrins d'amour. Mariée depuis un an, Anna G... se portait relativement bien, quand, il y a six mois, une frayeur violente causée par un orage fit reparaître les attaques, lesquelles se répètent encore aujourd'hui plusieurs fois par semaine. Les troubles de la sensibilité ne sont nullement en rapport avec la gravité et la fréquence des manifestations convulsives. La peau est partout normalement sensible. L'ouïe, la vue, l'odorat, le goût, sont intacts. Le seul symptôme sensitif que nous ayons pu constater consiste en une plaque d'analgésie et de thermoanesthésie siégeant sur la muqueuse de la joue droite.

L'autre malade, nommée Victorine P..., âgée de dix-huit ans, est, elle aussi, une héréditaire. Sa mère était sujette à de violentes attaques de nerfs. Elle a eu, depuis sa plus tendre enfance, des accidents nerveux variés : évanouissements, contractures, convulsions, attaques syncopales, etc. Il y a un an, après une querelle avec son fiancé, Victorine P... commença à avoir un hoquet bruyant qui persiste encore aujourd'hui. Il survient après tous les repas et dure deux ou trois heures. Il n'y a eu, durant cette année, qu'un très petit nombre d'attaques convulsives. Victorine P... n'en est pas moins une hystérique invétérée. Cependant on ne trouve sur elle aucun autre trouble de la sensibilité qu'un très léger rétrécissement concentrique des champs visuels et un peu d'hypoesthésie de la muqueuse du pharynx buccal.

Les cas analogues à ceux que je viens de vous montrer sont relativement rares. Ils ne sont guère plus communs que ceux dans lesquels la sensibilité est complètement épargnée et figurent à peu près pour une proportion de 5 pour 100 dans la statistique générale de l'hystérie. Permettez-moi de vous faire remarquer en passant

qu'ils sont en opposition avec l'opinion émise par Briquet, d'après laquelle l'anesthésie des membranes muqueuses serait toujours consécutive à celle de la peau, dont elle ne semblerait être que l'extension [1].

III

3e Groupe : *l'Anesthésie frappe simultanément la peau, les membranes muqueuses, les organes des sens, les tissus profonds.* — C'est là le groupe de beaucoup le plus important. La plupart des hystériques (90 pour 100) présentent, en effet, des troubles multiples de la sensibilité. Ils ont à la fois des anesthésies superficielles et profondes, sensitives et sensorielles, réparties sur différents points du corps et sur différents organes.

En général, les associations de ces diverses anesthésies se font d'après des règles, non pas absolues, mais assez générales cependant pour que le médecin doive en tenir compte dans ses examens cliniques. Ces règles ont été formulées par Briquet à peu près dans les termes suivants : la distribution topographique de l'insensibilité cutanée commande celle des anesthésies des autres organes. Quand l'anesthésie de la peau est *générale,* les muqueuses, les organes des sens et les tissus profonds sont tous atteints; quand elle est *hémilatérale,* les autres organes sensibles sont anesthésiés du même côté que la peau; quand elle est disposée en *îlots disséminés,* l'anesthésie des muqueuses, des organes des sens et des tissus profonds est distribuée çà et là sans aucune régularité. Ces propositions ne doivent être admises qu'avec certaines réserves; mais pour apprécier exactement leur valeur, il convient que nous fassions ensemble, sur les malades dont nous disposons, une étude détaillée de la *géographie de l'anesthésie cutanée* dans ses rapports avec les anesthésies des autres organes.

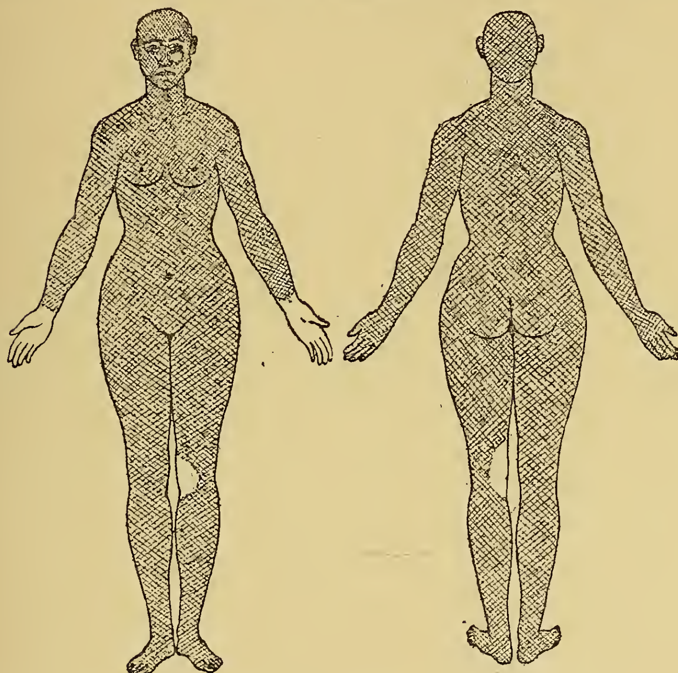
a) Dans l'*anesthésie cutanée générale,* l'insensibilité est uniformément étendue à toute la peau; aucun point n'est épargné. Deux de nos malades sont atteintes de cette forme d'anesthésie. Chez la première, Amélie H..., la peau est insensible à tous les modes d'excitation. On peut la pincer, la piquer, la brûler sans provoquer

[1] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859, p. 290.

la moindre sensation de contact ou de douleur. La seconde est, non pas anesthésique, mais analgésique générale : partout elle sent les contacts, nulle part elle ne ressent de douleur, même à la suite des excitations violentes de la peau.

Deux sortes d'irrégularités peuvent se montrer dans les cas d'anesthésie générale. Quelquefois la plus grande partie du tégument est insensible, mais on rencontre çà et là de petits îlots au niveau desquels la sensibilité est restée normale. Éléonore L...,

Fig. 5. — Anesthésie générale avec quelques îlots épargnés sur le visage, sur les mains et sur la cuisse gauche.

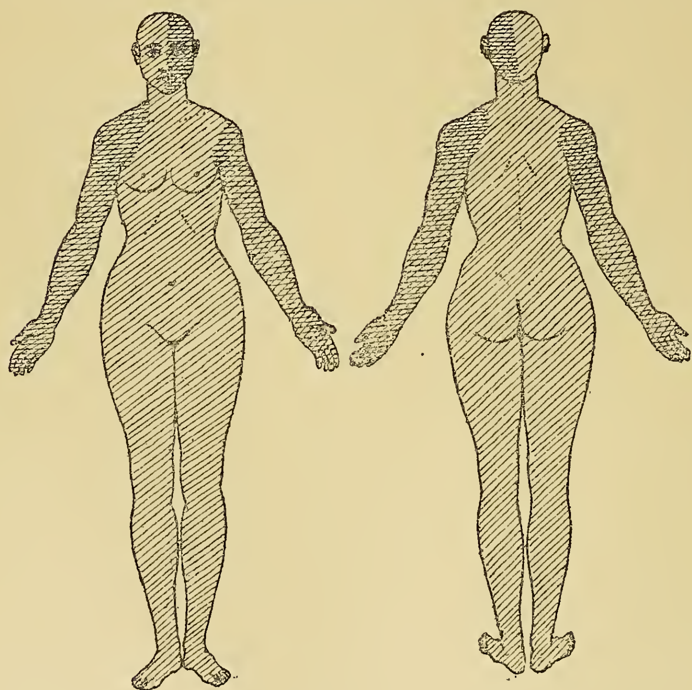


par exemple, est anesthésique sur tout le corps, sauf sur la paume des mains et sur quelques points limités du visage et de la face interne de la cuisse gauche *(fig. 5)*. D'autres fois, bien que l'anesthésie soit étendue à toute la surface du tégument, elle ne se montre pas partout avec des caractères uniformes. Ainsi, chez Mathilde L..., on rencontre, sur toutes les parties du corps sans exception, des troubles notables de la sensibilité, mais ces troubles sont variables en intensité d'un point à un autre : aux membres supérieurs et au côté gauche du visage ils consistent

en de l'anesthésie totale et complète; ils sont caractérisés seulement par de l'hypoesthésie sur le reste du corps (*fig. 6*).

Quand l'anesthésie cutanée est générale, on observe toujours en même temps quelques troubles de la sensibilité des muqueuses, des organes des sens et des tissus profonds; mais ces divers organes ne sont jamais uniformément atteints au même degré que la peau. Je ne sache pas qu'il existe dans la science une seule observation d'hystérie dans laquelle on ait constaté, avec une

Fig. 6. — Anesthésie générale, mais non uniforme. L'insensibilité est complète aux membres supérieurs et au côté gauche de la face; elle est incomplète (hypoesthésie) sur le reste du corps.

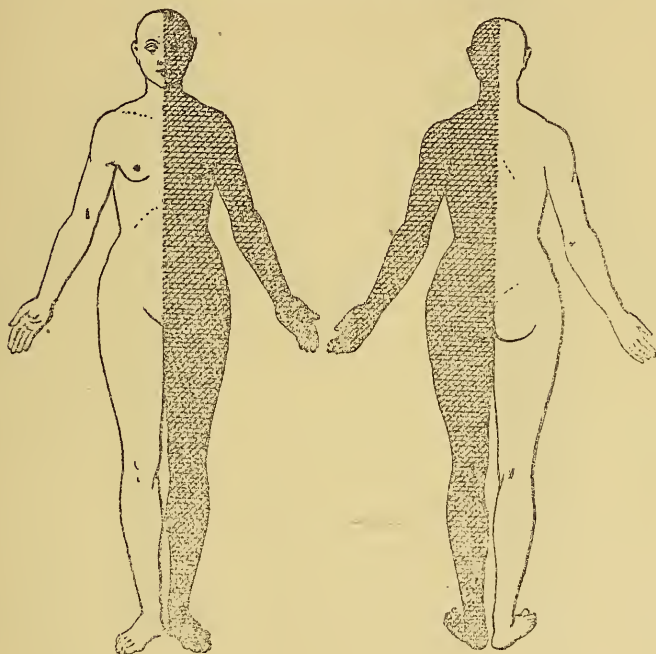


insensibilité générale de la peau, une anesthésie étendue à toutes les muqueuses et à tous les organes des sens. Plusieurs muqueuses, plusieurs organes des sens sont habituellement affectés comme la peau, mais toujours quelques muqueuses ou quelques organes des sens sont épargnés. Voyez ce qui existe sous ce rapport chez celles de nos hystériques dont la peau est atteinte d'anesthésie générale : l'une, Amélie H... entend parfaitement de l'oreille droite et y voit très bien de l'œil du même côté; l'autre, Marie-Louise F...

ne présente aucun trouble de la sensibilité auditive ni à droite ni à gauche, et ses fonctions visuelles sont intégralement conservées dans l'œil gauche.

b) L'*anesthésie cutanée hémilatérale,* dans sa forme régulière, occupe toute une des moitiés latérales du corps et respecte complètement l'autre moitié *(fig. 7)*. Ce mode de distribution de l'insensibilité de la peau est commun chez les hystériques. Il existe chez

Fig. 7. — Hémianesthésie cutanée complète et régulière du côté gauche. La sensibilité de la peau est intégralement conservée dans la moitié droite du corps et totalement abolie dans la moitié gauche.

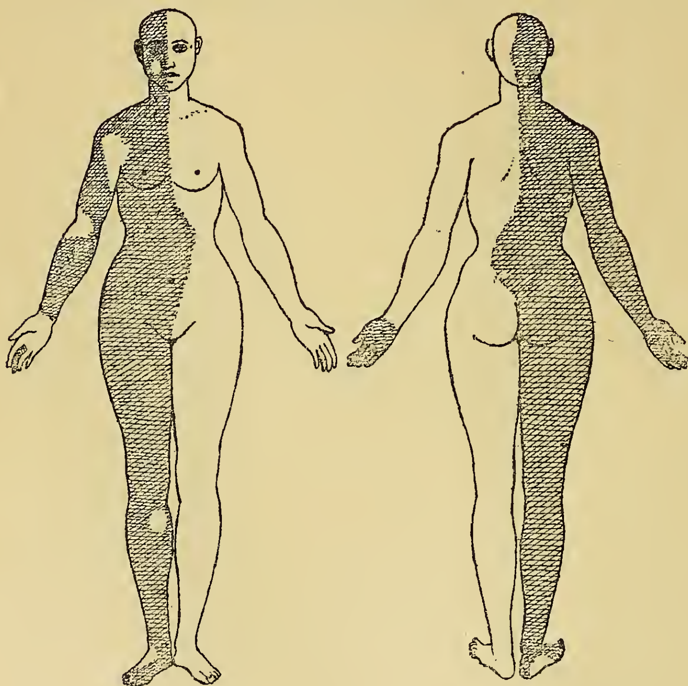


plusieurs de nos malades, chez Paule C... en particulier, dont la peau est anesthésique dans tout le côté droit du corps et normalement sensible dans tout le côté gauche. La limite de démarcation entre les parties sensibles et les parties insensibles est exactement située sur la ligne médiane du corps. A un millimètre à gauche de cette ligne, la piqûre est très bien perçue; à un millimètre à droite, elle ne l'est plus du tout. Voici une autre de nos hystériques, Jeanne M..., qui a une analgésie hémilatérale du côté gauche.

Dans toute la moitié droite de son corps, la peau jouit de la sensibilité normale; dans toute la moitié gauche, au contraire, les contacts sont perçus nettement, mais les excitations violentes (piqûres, pincements, brûlures) ne déterminent pas de douleur.

La distribution hémilatérale des troubles de la sensibilité cutanée présente souvent des irrégularités, soit parce que la limitation de l'anesthésie n'est pas rigoureusement unilatérale, soit parce que les troubles sensitifs ne sont pas uniformes dans tout le côté

Fig. 8. — Anesthésie hémilatérale irrégulière chez Berthe C...



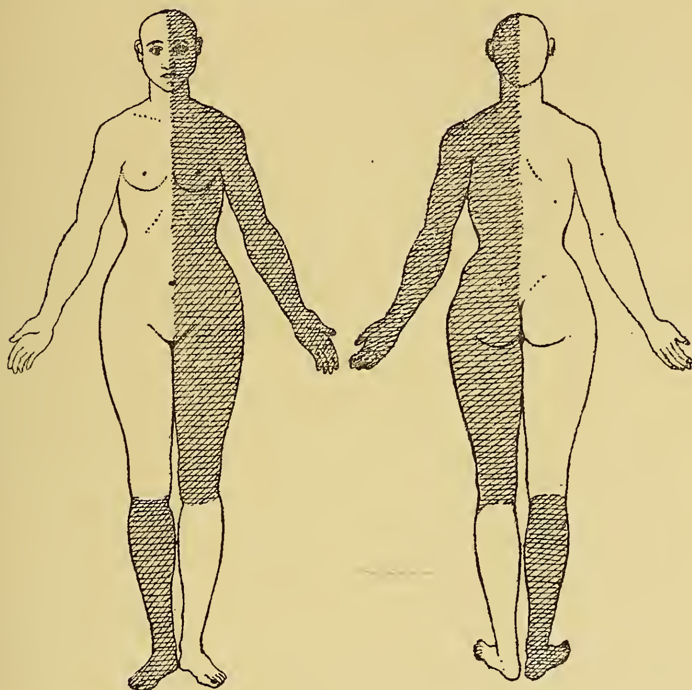
atteint. Ces deux sortes d'irrégularités peuvent même se combiner. Les schémas que voici *(fig. 8 et 9)* et qui proviennent des observations de deux malades du service vous feront aisément comprendre les particularités auxquelles je fais allusion.

Berthe C... est, à tout prendre, hémianesthésique du côté droit *(fig. 8)*; mais cette anesthésie hémilatérale n'est pas régulière : 1° parce qu'on trouve çà et là sur le côté droit du corps, qui devrait être uniformément insensible, des îlots où la sensibilité est restée normale; 2° parce que la main gauche, qui devrait être épargnée

puisqu'elle appartient au côté gauche du corps, est en partie anesthésique; 3° enfin, parce que la limite de l'insensibilité ne correspond pas exactement à la ligne médiane du corps.

Madeleine L... présente une autre variété d'anesthésie hémilatérale irrégulière. Presque tout le côté gauche du corps est anesthésique. La jambe et le pied sont seuls épargnés et, par une bizarrerie étrange, ce sont les parties symétriques du côté opposé qui sont insensibles *(fig. 9)*. De plus, chez cette malade, la nature des

Fig. 9. — Anesthésie hémilatérale irrégulière chez Madeleine L...



troubles de la sensibilité n'est pas uniforme sur toutes les parties anesthésiées. A la face, au sein, à l'abdomen, à la cuisse, on constate simplement de l'analgésie, tandis qu'en certains points de la main, à l'avant-bras, au bras et à l'épaule, on trouve une véritable anesthésie totale et complète.

L'anesthésie cutanée hémilatérale coexiste habituellement avec des troubles de la sensibilité des muqueuses, des organes des sens et des tissus profonds, prédominant dans le côté correspondant à l'anesthésie de la peau. Je dis à dessein *prédominant,* bien que

la plupart des auteurs déclarent formellement que les troubles sensitivo-sensoriels sont rigoureusement limités à l'une des moitiés latérales du corps. Après examen attentif d'un bon nombre de cas, je crois qu'il faut renoncer à employer des termes aussi absolus.

La description classique de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle des hystériques est, ce me semble, une formule utile pour fixer les idées ou pour diriger les recherches, mais c'est une formule un peu schématique et n'exprimant que par à peu près les réalités cliniques. Je déclare, pour ma part, que je n'ai pas encore vu un seul cas d'hémianesthésie hystérique dans lequel la peau, les muqueuses et les organes des sens d'un côté du corps étaient simultanément atteints, tandis que la peau, les muqueuses et les organes des sens du côté opposé étaient absolument normaux. MM. Thomsen et Oppenheim sont arrivés récemment à des conclusions semblables. « L'hémianesthésie vraie, disent ces auteurs, est rare; elle n'existe même pas, si par le mot d'*hémianesthésie* on entend exprimer l'intégrité complète de l'autre moitié du corps... Il n'y a pas de rapport fixe entre les troubles fonctionnels des organes des sens et la sensibilité cutanée... La participation des troubles sensoriels à l'anesthésie hémilatérale de la peau est extrêmement variable et capricieuse [1]. »

J'espère vous convaincre de l'exactitude de ces opinions en analysant avec vous les troubles sensitivo-sensoriels que présentent celles de nos malades dont le tégument externe est nettement hémianesthésique. Voici d'abord Paule C... Sa peau est insensible à toutes les excitations sur tout le côté droit du corps et sensible sur le côté gauche. Les muqueuses de la vulve, de l'anus, celles des lèvres, des gencives, des joues, de la voûte palatine, de la partie inférieure du nez, de l'oreille, de l'œil, sont également anesthésiques du côté droit seulement. Le goût et l'odorat sont abolis à droite et conservés à gauche. Jusque-là tout répond exactement à la description classique de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Mais arrivons aux irrégularités : le tiers postérieur de la muqueuse linguale, les muqueuses du pharynx, du larynx, de l'épiglotte, sont anesthésiques aussi bien du côté droit que du côté gauche. L'ouïe et la vue sont conservées des deux côtés. Les deux champs visuels sont égaux, légèrement rétrécis, leurs rayons

[1] R. Thomsen et H. Oppenheim, *Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anästhesie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems* (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* Bd XV, 1884).

mesurant en moyenne de cinquante à soixante degrés. Voilà bien des points qui ne concordent pas avec les idées qu'on se fait généralement de la distribution régulière et rigoureusement unilatérale des troubles de la sensibilité dans l'hémianesthésie hystérique.

Passons à une autre malade : Albertine M... est hémianesthésique gauche. L'anesthésie est, chez elle, exactement unilatérale sur la peau et sur les muqueuses oculaire, auditive, buccale et vulvaire; mais la langue est anesthésique sur toute sa surface; les sens de la vue, de l'odorat et du goût sont conservés intacts, aussi bien du côté droit que du côté gauche; l'ouïe est affaiblie des deux côtés.

Je pourrais multiplier les exemples et vous montrer encore plusieurs cas d'hémianesthésie cutanée présentant de nombreuses irrégularités dans la distribution des troubles sensitifs des muqueuses ou des organes des sens, tandis qu'il me serait impossible de placer sous vos yeux une seule malade atteinte d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle répondant exactement à la description classique de ce syndrome.

A la vérité, les irrégularités sur lesquelles je viens d'appeler votre attention ne sont peut-être pas aussi irrégulières qu'elles le paraissent de prime abord. Certains organes échappent beaucoup plus souvent que d'autres à l'anesthésie hémilatérale. On sait que lorsque le champ visuel est très rétréci du côté de l'anesthésie cutanée, il l'est presque toujours un peu du côté opposé. L'ouïe est très souvent également affectée ou également épargnée des deux côtés. Il résulte des observations faites dans notre service par M. Lichtwitz, que la muqueuse nasale ne perd habituellement sa sensibilité tactile du côté anesthésié que dans ses deux tiers antérieurs. La partie de cette membrane qui recouvre les cornets et la cloison osseuse a toujours été trouvée sensible. Jamais nous n'avons rencontré non plus d'anesthésie unilatérale de la muqueuse laryngée.

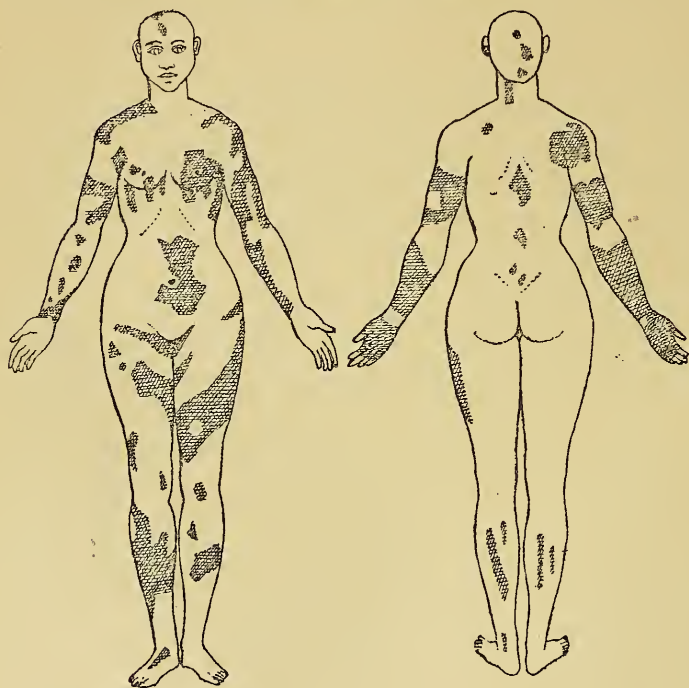
Chez toutes celles de nos malades qui avaient de l'anesthésie hémilatérale de la peau, les muqueuses du larynx et de l'épiglotte étaient entièrement anesthésiques, entièrement hypoesthésiques ou normalement sensibles sur toute leur étendue.

D'une façon générale, les parties de muqueuses voisines de la peau se comportent comme la peau elle-même; au contraire, les muqueuses profondes, celles du larynx, de l'épiglotte, de la partie postérieure des fosses nasales, de la portion osseuse du canal

auditif et du tympan conservent une certaine indépendance vis-à-vis de la peau, en ce qui concerne la nature et la distribution des troubles de la sensibilité qui peuvent les atteindre dans l'hystérie.

J'insiste sur ces particularités, car elles pourraient acquérir une valeur diagnostique sérieuse, si, comme semblent le faire entrevoir quelques observations de M. E. Lori [1] et de M. Ott, l'anesthésie des muqueuses profondes, particulièrement de celles du larynx et de

Fig. 10. — Anesthésie en îlots disséminés.



l'épiglotte, restait exactement unilatérale dans les cas d'hémianesthésie résultant de lésions organiques du cerveau [2].

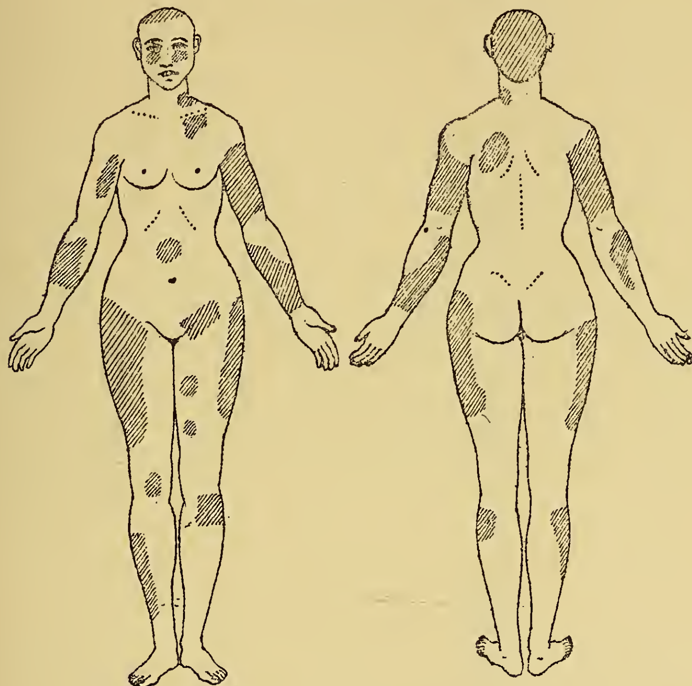
c) L'anesthésie en *îlots disséminés* échappe par l'étrangeté et la variabilité de sa distribution à toute tentative de description méthodique. Dans les cas types, tout le corps est couvert d'îlots insensibles, parsemés sans ordre apparent sur le tégument externe

[1] E. Lori, *Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre*. Stuttgard, 1885.

[2] Ott, cité par Ziemsenn, *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, Bd IV : *Krankheiten der Respirations-Apparates*.

(fig. 10 et 11) et séparés par des parties de peau jouissant d'une sensibilité normale. Rien n'est plus variable du reste que le nombre, la forme et l'étendue de ces îlots anesthésiques. Chez quelques malades on n'en trouve qu'un ou deux; chez d'autres on en peut compter jusqu'à quarante, soixante et même plus. Quelquefois ils occupent d'une façon assez exactement symétrique les deux côtés du tronc, du visage et des membres. D'autres fois ils sont asymé-

Fig. 11. — Anesthésie en îlots disséminés.



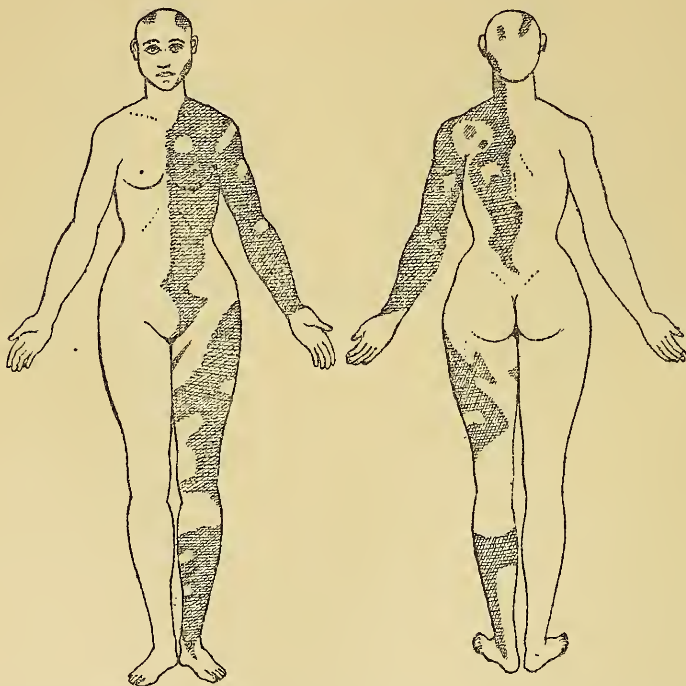
triques ou ne siègent que sur un seul côté du corps, de façon à constituer une variété mixte qui mériterait le nom d'*anesthésie hémilatérale en îlots*. (Ex.: *fig. 12.*)

Dans tous les cas, les îlots insensibles ont des contours arrondis ou irrégulièrement découpés, mais sans aucun rapport avec les champs de distribution des nerfs sensitifs de la peau. Cette particularité a une grande importance, car elle permet souvent, à elle seule, de distinguer les anesthésies en îlots dépendant de l'hystérie, des plaques d'insensibilité résultant d'une lésion destructive des nerfs périphériques. Ces dernières, en effet, sont nécessairement

limitées aux régions de la peau innervées par les expansions du tronc nerveux altéré. Leurs formes et leurs dimensions sont en rapport direct avec la distribution anatomique des rameaux sensitifs provenant de ce tronc; elles n'ont pas la bizarrerie des contours et l'imprévu de la répartition qui constituent d'excellents caractères des îlots d'anesthésie hystérique.

Briquet a cru trouver une certaine relation entre la distribution des îlots anesthésiques et celle des vaisseaux sanguins de la peau.

Fig. 12. — Anesthésie hémilatérale en îlots.



Il vous suffira, je pense, d'examiner les *figures 10, 11* et *12* pour reconnaître combien cette manière de voir est peu fondée.

On ne peut établir aucune règle fixe relativement aux rapports de l'anesthésie cutanée en îlots disséminés avec l'anesthésie des autres organes sensibles. Les muqueuses, les organes des sens, les tissus profonds sont habituellement atteints, mais ils le sont d'une façon tout à fait irrégulière.

Quelle est la fréquence relative des différents modes de distribution de l'anesthésie chez les hystériques? Sur un total de

235 observations, Briquet a trouvé 4 cas d'anesthésie générale, 93 cas d'anesthésie hémilatérale et 138 cas d'anesthésie en îlots.

Les faits que j'ai eu l'occasion d'observer ne concordent pas exactement avec les proportions indiquées par la statistique de Briquet. Sur 40 observations d'hystérie étudiées dans le service dans ces derniers temps, l'anesthésie faisait totalement défaut dans 2 cas (soit 5 pour 100); elle était très limitée et pour ainsi dire insignifiante dans 2 cas (soit 5 pour 100); elle était étendue et profonde chez 36 malades (soit 90 pour 100). Sur ces 36 malades, l'anesthésie était générale 8 fois (soit 20 pour 100 de la totalité des cas d'hystérie), hémilatérale 18 fois (soit 45 pour 100), et disposée en îlots 10 fois (soit 25 pour 100).

Je ne dois pas oublier de vous dire, en terminant, que l'hémi-anesthésie hystérique peut exister sur le côté droit ou sur le côté gauche du corps, mais qu'elle siège beaucoup plus fréquemment à gauche qu'à droite. Sur nos 18 cas d'hémianesthésie, il y en avait 14 à gauche et 4 à droite. La proportion est à peu près la même dans les statistiques des autres auteurs. Briquet signale 79 cas d'hémianesthésie gauche contre 20 cas d'hémianesthésie droite. MM. Bourneville et Regnard ont observé 34 hémianesthésiques, dont 23 du côté gauche et 11 du côté droit. En additionnant tous ces chiffres, on trouve, sur 142 cas d'hémianesthésie hystérique, 107 exemples d'hémianesthésie gauche contre 35 d'hémi-anesthésie droite.

IV

Je crains, Messieurs, que les détails analytiques dans lesquels j'ai été obligé d'entrer ne vous aient fait un peu perdre de vue les grandes lignes de l'étude que nous venons de poursuivre ensemble sur la *distribution des anesthésies hystériques*. Aussi je vous demande la permission de terminer cette leçon par l'énoncé des conclusions qui doivent en ressortir.

1° L'anesthésie est un symptôme très fréquent de l'hystérie, mais ce n'est pas un symptôme absolument constant. Elle existe dans la plupart des cas (95 pour 100), non dans tous. Elle peut faire complètement défaut chez quelques malades (5 pour 100) atteints d'accidents hystériques non douteux.

2° Lorsque l'anesthésie existe, elle peut être limitée à un ou

plusieurs organes des sens, à une ou plusieurs muqueuses, à un ou plusieurs points de la peau (5 pour 100); mais, dans la grande majorité des cas (90 pour 100), elle frappe à la fois d'une façon inégale et irrégulière les organes de la sensibilité générale et ceux des sensibilités spéciales.

3° L'anesthésie cutanée est parfois étendue à toute la surface du tégument externe, d'autres fois elle est exactement hémilatérale, quelquefois enfin elle est disposée en îlots disséminés.

4° Quand l'anesthésie cutanée est étendue à toute la surface du corps (20 pour 100), elle peut aussi atteindre plusieurs membranes muqueuses et plusieurs organes des sens; mais elle ne porte jamais en même temps sur toutes les membranes muqueuses et sur tous les organes des sens.

5° L'anesthésie cutanée hémilatérale est commune (45 pour 100); elle coexiste habituellement avec des anesthésies des muqueuses et des organes des sens. Toutefois, les troubles de la sensibilité observés sur les muqueuses et les appareils sensoriels ne sont pas rigoureusement et exclusivement limités à un côté du corps. Presque toujours, sinon toujours, il y a des parties de ces organes qui sont épargnées du côté où existe l'anesthésie cutanée et des parties qui sont atteintes du côté où la peau a conservé sa sensibilité normale. A proprement parler, rien n'est plus rare que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète dans l'hystérie. On n'observe guère que des hémianesthésies cutanées avec prédominance plus ou moins marquée des troubles sensoriels du côté où le tégument externe est insensible.

6° L'anesthésie cutanée est souvent disposée en îlots disséminés sur la surface du corps (25 pour 100). Dans ce cas, les îlots anesthésiques sont très irrégulièrement répartis. Ils siègent indifféremment sur le tronc, la tête ou les membres. Leur nombre et leurs dimensions sont extrêmement variables; leur forme ne correspond pas à l'aire de distribution anatomique des nerfs sensitifs ni des vaisseaux sanguins de la peau. Des anesthésies plus ou moins étendues des muqueuses et des organes des sens coexistent ordinairement avec l'anesthésie en îlots du tégument externe.

DOUZIÈME LEÇON

INSTABILITÉ DES ANESTHÉSIES HYSTÉRIQUES; AGENTS ESTHÉSIOGÈNES

SOMMAIRE

I. Modifications spontanées des anesthésies hystériques dans le cours de la maladie et après la guérison.

II. Modifications provoquées. Histoire de la découverte des agents esthésiogènes : observations de Briquet, Duchenne, Vulpian, etc., sur les effets de la faradisation cutanée. Détermination des influences métalloscopiques : recherches de Burq; contrôle de Charcot; rapport de Dumontpallier à la Société de biologie. Découverte de divers autres agents esthésiogènes.

III. Démonstrations expérimentales : retour de la sensibilité sous l'influence de la faradisation cutanée. Effets de l'application d'une pièce d'or sur l'avant-bras d'une hystérique hémianesthésique.

IV. Expériences relatives à l'action esthésiogène du mercure liquide, des vapeurs mercurielles et de quelques gaz.

Messieurs,

L'anesthésie hystérique apparaît quelquefois très brusquement. Du jour au lendemain, d'un instant à l'autre, elle peut s'installer sur de grandes surfaces des téguments, sur un ou plusieurs organes des sens. C'est ainsi que M. Ch. Richet a vu « une petite fille de quatorze ans, prématurément hystérique, car elle n'était pas encore réglée, qui, sous l'influence d'une attaque d'hystérie nocturne, devint du jour au lendemain complètement analgésique de tout un membre » [1].

D'après Gendrin et Henrot, l'anesthésie se développerait toujours en même temps que les premières attaques convulsives. Briquet a démontré que cette opinion était beaucoup trop exclusive. Il a observé soixante et une femmes manifestement hystériques qui n'avaient jamais eu d'attaques convulsives et qui présentaient cependant de l'anesthésie cutanée. Toute perturbation vive de

[1] Ch. Richet, *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*. Th. doct., Paris, 1877, p. 276.

l'économie, peut, d'après ses observations, être la cause occasionnelle de l'apparition de l'anesthésie. Une jeune fille de ses malades devint tout à coup hémianesthésique en apprenant la mort de sa mère [1].

L'invasion de l'anesthésie est-elle toujours aussi rapide? Cela est peu probable, mais nous ne pouvons rien affirmer à ce sujet.

En revanche, nous savons que l'anesthésie hystérique n'est pas un symptôme fixe, immuable. Une fois installée, elle peut subir des modifications, soit par le fait de l'évolution naturelle de la maladie, soit sous l'influence de causes extérieures ou expérimentales; et comme ces modifications spontanées ou provoquées constituent un des caractères les plus importants des troubles sensitifs dépendant de l'hystérie, il importe que nous les étudiions avec quelques détails.

I

Les démonologistes des XVIe et XVIIe siècles savaient que les *marques des sorcières* n'étaient pas absolument indélébiles. Pierre de Lancre fait observer que, souvent, des marques découvertes et dûment constatées pendant l'enquête n'existent plus au moment du procès, preuve évidente, selon lui, de la malignité du démon, lequel s'efforce, par ces changements imprévus, de mettre en défaut la sagacité des magistrats. Il fait remarquer aussi que l'insensibilité des sorcières qui ont cessé depuis longtemps d'avoir des rapports avec le diable finit par disparaître. « *La vérité est,* dit-il, *que les marques de celles qui sont, depuis longtemps y a, hors du sabbat, se trouvent parfois sensibles, et celles qui sentent l'esguille n'estant plus sorcières, disent, qu'en cette mesme marque, estant encore sorcières, elles l'eussent soufferte jusques en la teste sans douleur* [2]. »

[1] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859, p. 274.

[2] Pierre de Lancre, *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons où il est amplement traicté des sorciers et de la sorcelerie. Livre très utile et nécessaire, non seulement aux juges, mais à tous ceux qui vivent soubs les lois chrestiennes.* Paris, 1611, p. 186-187.

Pierre de Lancre n'est pas le seul qui rapporte des observations de ce genre. Bodin (*De la démonomanie des sorciers.* Paris, 1587, p. 88) signale plusieurs exemples de la disparition des marques. « *Aubert de Poitiers,* dit-il, *advocat au Parlement, m'a dict qu'il avoit assisté à l'instruction du procez d'un sorcier mareschal de Chasteau-Thierry, qui se trouva marqué sur l'espaule dextre, et le jour suyvant le Diable lui avoit effacé la marque... M. Claude Doffay, procureur du Roy à Ribemont, m'a dict*

Ces observations correspondent exactement avec ce que nous constatons aujourd'hui chez nos hystériques dont les anesthésies peuvent se déplacer dans le cours de la maladie et disparaître totalement après la guérison. Nous avons suivi, chez plusieurs de nos malades, ces modifications spontanées de l'insensibilité. Anaïs L... est entrée à l'hôpital, à la fin de janvier 1886, avec une hémianesthésie gauche. Le 18 mars une exploration nouvelle de sa sensibilité démontra que l'anesthésie était devenue générale.

Catherine L..., qui présentait, en avril 1886, de larges îlots d'anesthésie disséminés sur toute la surface du tégument, n'avait plus, au mois de juillet de la même année, que trois petites plaques d'insensibilité, l'une à la nuque, l'autre à l'épaule gauche et la troisième à la face externe de la cuisse du même côté. C'est, du reste, l'anesthésie en îlots qui se modifie le plus facilement.

L'anesthésie suit quelquefois, d'une façon très régulière, les diverses phases de la maladie; elle s'étend quand les autres accidents s'aggravent; elle s'atténue et disparaît quand ils s'apaisent. Exemple : Alix S... est entrée pour la première fois à l'hôpital, en 1881, à la suite d'une tentative de suicide. Elle n'avait alors qu'une plaque d'anesthésie sur la joue gauche, plaque qui avait totalement disparu quand elle sortit du service. Pendant les années 1883 et 1884, son existence fut traversée par des épreuves cruelles. Elle eut des chagrins et des soucis de toutes sortes. Les attaques convulsives devinrent très fréquentes et la plaque d'anesthésie de la joue s'étendit à tout le côté gauche du corps. En 1885, son sort s'améliora; elle trouva une place avantageuse dans un atelier

qu'il avoit vu la marque de Jehanne Hervillier, sorcière de laquelle il m'a envoyé tout le procez, et le jour suyvant la marque se trouva effacée. »

Jacques Fontaine (*Des marques des sorciers et de la réelle possession que le diable prend sur le corps des hommes*, etc. Lyon, 1611, p. 18) pose la question de savoir *si les marques se peuvent effacer ou non*, et raconte à ce propos l'anecdote suivante : « *Messieurs de la Cour du Parlement d'Aix en Provence*, dit-il, *commandèrent aux médecins et chirurgiens de visiter Magdaleine de la Palud, accusée d'estre au nombre des sorcières, par le rapport d'une fille de la Compagnie de Sainte-Ursule, nommée Loyse, qui estoit possédée par charmes. La dicte Magdaleine, desja repantie et convertie, comme l'on croit, désigna les lieux de ses marques aux médecins et chirurgiens, à savoir : une en chaque advant-pied, la troisième au côté gausche à l'endroit du cœur, lesquelles on sonda comme l'on est accoustumé, on les trouva seiches, dures et sans aucun sentiment. Le jour de Pasques prochaine, elle rapporta au père qui l'exorcisoit et à plusieurs autres, qu'elle avoit senti de grandes et extrêmes douleurs aux lieux où estoient les marques, qui fut cause qu'elle fut visitée de nouveau par les médecins et chirurgiens, et trouva-t-on que véritablement les marques qu'on avoit auparavant sondées n'y estoyent plus, car en y mettant une esguille comme on avoit faict auparavant, on trouva le lieu de la marque fort mol, et après l'avoir picqué il sortit du sang vermeil de la picqueure, dont on estima que les marques de sorcières qu'elle avoit étoient effacées.* »

et vécut paisible et heureuse pendant plusieurs mois. Les accidents hystériques s'atténuèrent; l'anesthésie disparut même tout à fait. Il y a quelques mois, à la suite de nouveaux chagrins, Alix S... a eu quelques attaques convulsives violentes, et, en explorant sa sensibilité cutanée, nous avons constaté un large îlot d'anesthésie occupant tout le membre supérieur gauche. Enfin, ces jours-ci elle est venue un matin nous consulter pour un léger mal de gorge; nous avons examiné sa sensibilité, et nous n'avons plus trouvé trace d'anesthésie.

II

Les variations spontanées de l'anesthésie ont, assurément, une grande valeur diagnostique; mais, pour les constater, il faut suivre les malades, les soumettre à des examens prolongés et répétés, ce qui n'est pas toujours possible. Les variations expérimentales ont, sur les précédentes, l'immense avantage de pouvoir, dans certains cas du moins, être provoquées à volonté, en un laps de temps qui ne dépasse pas quelques minutes. Les anciens démonologistes ne paraissent pas les avoir connues[1]. Briquet est, si je ne me trompe le premier auteur qui en fasse mention. Il a constaté que la faradisation de la peau faisait souvent disparaître l'anesthésie cutanée des hystériques. « Le plus habituellement, dit-il, cinq à six minutes suffisent pour réveiller la sensibilité de la portion de peau sur laquelle on opère. Souvent, dès que la sensibilité est rétablie dans le lieu faradisé, elle reparaît également à ses environs dans un rayon assez étendu. Dans un certain nombre de cas il a suffi de la faradisation du membre supérieur, par exemple, pour que la sensibilité reparût dans le membre inférieur[2]. »

Duchenne (de Boulogne) rapporte en 1885, dans la première édition de son livre sur l'*Électrisation localisée,* plusieurs faits démontrant l'efficacité de la faradisation cutanée dans le traitement

[1] Une phrase assez obscure de Pierre de Lancre tendrait cependant à faire supposer que les sorcières employaient quelquefois des frictions énergiques sur les parties anesthésiques pour faire disparaître leurs marques : « *Voire avec un tel artifice, qu'estant vingt ou trente en mesme prison, elles se visitoient l'une l'autre et si elles se trouvoient la marque, le diable leur avoit appris de se gratter et esgratigner si oustrageusement que parfois leurs espaules sembloient des espaules de suppliciés, qui viennent de souffrir le fouet ou des escourgées violentes..... Mais tout cela n'empeschoit pas qu'on ne descouvrit visiblement la marque.* » (*Loc. cit.*, p. 186.)

[2] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859, p. 684.

de l'anesthésie hystérique; mais ces observations étaient à peu près oubliées, quand, en 1875 et 1876, MM. Vulpian[1], Grasset[2], Bourceret[3] publièrent de nouveaux exemples d'anesthésie guérie par la faradisation.

Ces faits n'auraient peut-être pas eu plus de retentissement que les observations antérieures de Briquet et de Duchenne, si l'étude des modifications expérimentales de l'anesthésie ne se fût imposée tout à coup aux préoccupations des savants, par suite de l'agitation qui se fit, à cette époque, autour des travaux de Burq.

Depuis 1849, Burq avait publié plusieurs mémoires[4] sur les effets physiologiques et thérapeutiques résultant de l'application externe de métaux sur le corps humain. Il racontait, dans ses brochures et dans ses communications aux Sociétés scientifiques, des exemples nombreux de paralysies, de contractures, d'anesthésies, etc., guéries par l'usage d'armatures métalliques. Il affirmait que la simple application de certains métaux sur le tégument externe pouvait faire disparaître des troubles profonds de la sensibilité, pourvu que les malades fussent *sensibles* aux métaux employés, car, par suite d'aptitudes particulières, tous les métaux n'agissaient pas indifféremment sur tous les sujets. Il affirmait, en outre, que lorsqu'un métal appliqué à l'extérieur produisait quelques effets sur un malade, son administration à l'intérieur avait une action curative puissante sur le même malade.

A vrai dire, ces théories ne trouvaient pas grande créance auprès des gens sérieux; on restait, en général, indifférent ou sceptique devant ce que l'on croyait être une tentative de résurrection du Perkinisme. On n'avait pas confiance. Néanmoins Burq poursuivait ses recherches avec la persévérance et l'entêtement d'un esprit profondément convaincu.

Dans le courant de l'année 1876, il pria M. Charcot (dont j'avais alors l'honneur d'être l'interne) de l'autoriser à faire quelques

[1] Vulpian, *De l'influence qu'exerce la faradisation de la peau dans certains cas d'anesthésie cutanée* (*Arch. de physiol.*, 1875, p. 877).

[2] Grasset, *Note sur les effets de la faradisation cutanée dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale* (*Arch. de physiol.*, 1876, p. 764).

[3] Bourceret, *Note sur quelques cas d'atrophie musculaire avec ou sans anesthésie cutanée. Influence de la faradisation dans certains cas d'anesthésie cutanée* (*Arch. de physiol.*, 1876, p. 807).

[4] Parmi les principales publications de Burq, voir : Th. de doct., Paris, 1851. — *Métallothérapie. Nouveau traitement par les applications métalliques.* Paris, 1853. — *Metallothérapie du cuivre.* Paris, 1867. — *Métallothérapie : applications des métaux aux eaux de Vichy.* Paris, 1871. — *La Métallothérapie dans le service de M. le professeur Verneuil.* Paris, 1877. Etc., etc.

expériences sur les hystériques de son service. M. Charcot accéda à ce désir et acquit bientôt la conviction qu'il y avait au moins une large part de vérité dans les assertions de Burq. Il constata que l'anesthésie des hystériques disparaissait temporairement, lorsqu'on appliquait, pendant quelques minutes, sur la peau de ces malades, certains métaux. Il s'assura que tous les métaux n'agissaient pas également sur tous les sujets : telle anesthésie se dissipait rapidement sous l'influence du fer ou du cuivre et persistait malgré l'application prolongée des autres métaux ; telle autre au contraire était influencée par l'or ou le zinc et résistait indéfiniment au contact du fer ou du cuivre; c'est ce que Burq appelait l'*idiosyncrasie métallique*. Il reconnut en outre que certaines anesthésies, survenues consécutivement à des lésions organiques du cerveau, pouvaient disparaître tout aussi bien que des anesthésies hystériques, par le fait de simples applications métalliques. Enfin, il découvrit que le champ des investigations relatives aux actions esthésiogéniques ne devait pas être borné aux procédés métalloscopiques de Burq, car l'aimantation, la galvanisation légère, les vibrations mécaniques étaient souvent aussi efficaces, pour réveiller la sensibilité, que le contact des métaux.

Ces faits étranges, qui paraissaient être en opposition avec les notions physiologiques les mieux établies, devinrent, à la Salpêtrière, l'objet de recherches rigoureuses et de démonstrations quotidiennes. M. Charcot, après les avoir maintes fois vérifiés, après les avoir fait constater par des hommes d'une grande autorité dans le domaine des sciences d'observation, par Claude Bernard, Vulpian, Bouley, Béclard, etc., en donna connaissance à la Société de biologie qui nomma pour les contrôler, en août 1876, une Commission composée de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier. Cette Commission commença ses travaux le 4 novembre suivant. Elle s'adjoignit pour des recherches spéciales MM. Gellé, Landolt et Regnard, et résuma les résultats de son enquête dans deux rapports remarquables qui furent présentés à la Société de biologie par M. Dumontpallier, dans les séances du 14 avril 1877 et du 10 août 1878.

Les commissaires avaient vérifié, tout d'abord, les faits avancés par Burq et par M. Charcot. Ils avaient, de plus, découvert dans le cours de leurs investigations plusieurs phénomènes nouveaux, particulièrement celui du *transfert* et celui des *oscillations consécutives*. Voici en quoi consistent ces phénomènes :

Lorsqu'on applique sur la peau insensible d'une hystérique hémi-

anesthésique un agent esthésiogène actif, la sensibilité reparaît au bout de quelques minutes. Elle se montre d'abord au niveau des points où la peau est en contact direct avec l'agent esthésiogène; puis elle gagne de proche en proche, de façon à envahir en quelques minutes tout le côté primitivement anesthésié. En même temps, la sensibilité disparaît progressivement dans le côté qui était sensible au début de l'expérience, de telle sorte qu'en réalité l'anesthésie n'a pas disparu, elle a été *transférée* d'un côté à l'autre.

Les *oscillations consécutives* se produisent après que l'agent esthésiogène a été enlevé. L'hémianesthésie reprend alors sa position primitive; mais avant de se fixer du côté où elle existait avant le début de l'expérience, elle subit un certain nombre d'oscillations de plusieurs minutes de durée, pendant lesquelles on peut la constater tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Les résultats obtenus par la Commission de la Société de biologie furent rapidement vulgarisés par la presse médicale de tous les pays. De tous côtés ils furent contrôlés, commentés et amplifiés. Ils donnèrent lieu à une foule de travaux [1] qui ajoutèrent quelques détails à l'histoire des agents esthésiogènes dont la liste s'allongea rapidement. On démontra, en effet, qu'à côté de la faradisation, de la galvanisation, de l'aimantation, de l'application des métaux, des

[1] Parmi les travaux relatifs à l'esthésiogénie qui furent publiés vers cette époque, on consultera avec profit, en outre des nombreuses communications faites à la Société de biologie par MM. Charcot, Dumontpallier, Burq, Regnard, Vigouroux, etc., les mémoires suivants :

Maragliano e Seppilli, *Studi clinici a contributo dell'azione delle correnti elettriche dei metalli e delle magnetti in alcuni casi di anestesia* (*Rivista sperimentale di Freniatria,* 1878).

A. Hughes Bennett, *The effect of attention on the bodily organs* (*British medical Journal,* 1878) et *Metalloscopy and Metalloterapy.* Brain, t. I, p. 331.

Gradle, *Metalloscopy and Metalloterapy* (*Jour. of nervous and mental diseases,* 1878).

Westphal, *Ueber Metalloscopie* (*Berliner klinische Wochenschrift,* 1878, n° 30).

Eulenburg, *Ueber Metallotherapie* (*Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1878, n°s 25 et 26) et *Metalloscopie und Metallotherapie* (*Wiener medizinische Presse,* 1879, n°s 1, 2, 4 et 5).

Hack Tucke, *Metalloscopy and expectant attention* (*The Journal of nervous and mental diseases,* january 1879).

Sigerson, *An examination of certain recently reported phenomena in connection with hystero-epilepsy and cerebral anesthesia* (*British medical Journal,* 1879).

Franz Müller, *Zur Metalloscopie und Magnetwirkung bei hysterichen Lähmungen* (*Berliner klinische Wochenschrift,* 1879, n° 28).

Douglas Aigre, *Étude clinique sur la métalloscopie et la métallothérapie externe dans l'anesthésie.* Th. doct., Paris, 1879.

M. Schiff, *De la métallothérapie,* communication faite le 24 septembre 1879 à la Société des naturalistes allemands à Baden-Baden (traduction française *in Archives des Sciences physiques et naturelles,* 15 janvier 1880).

Vigouroux, *Métalloscopie, Métallothérapie, Esthésiogènes* (*Archives de neurologie,* t. I et II). Etc., etc.

vibrations mécaniques, il convenait de placer : l'eau chaude ou froide (Thermes, de Cérenville, Adamkiewicz, Schiff), le collodion (Seure), les plaques d'or (Westphal), les sinapismes et les vésicatoires (Grasset, Blaise, Adamkiewicz), certains minerais ou sels minéraux, tels que le sulfure de fer, le fluorure de calcium, le sulfate et le carbonate de fer (Parona), le bois (Hoggard, Bennett, Dujardin-Beaumetz), le jaborandi en injections sous-cutanées (Grasset, Lannois, Huchard), le nitrite d'amyle en inhalation (Rosenthal, Urbantschitsch), etc.; chacune de ces substances pouvant, chez certains malades, réveiller la sensibilité dans les parties anesthésiques. Mais tout cela ne changea rien au fond même des choses. Les notions expérimentales qui avaient provoqué toutes ces recherches restèrent incontestées, et elles sont, à juste titre, devenues classiques.

III

J'ai hâte, Messieurs, de vous montrer avec quelle étonnante facilité les agents esthésiogènes font disparaître l'anesthésie de certains hystériques.

Commençons par répéter les observations de Briquet et de Duchenne.

Voici une malade dont la sensibilité cutanée est abolie sur tout le côté gauche du corps. Je mets à nu son avant-bras gauche, et vous voyez qu'on peut le piquer et le pincer sans provoquer aucune réaction sensitive : l'anesthésie y est totale et complète. J'applique sur cet avant-bras les deux électrodes d'une machine d'induction. Le courant est peu intense; une personne bien portante le supporterait sans peine. Notre malade, bien entendu, ne le sent pas du tout. Mais attendons quelques instants... L'expérience est commencée depuis deux minutes, et voilà que la patiente se plaint d'éprouver une sensation désagréable. La sensibilité est déjà revenue dans la zone cutanée comprise entre les électrodes. Si nous piquons la peau dans cette région, la malade sent très bien la piqûre; si nous la frôlons avec le bout du doigt, elle sent distinctement le contact. Deux minutes de faradisation légère ont suffi pour faire disparaître localement l'anesthésie.

Faisons une expérience d'un autre genre, et suivons-en les détails d'aussi près que possible.

Paule C... est hémianesthésique droite. J'enfonce hardiment une épingle sur différents points du côté droit de son corps, et vous voyez qu'elle ne bouge pas, tandis qu'elle se plaint vivement quand on essaie de la piquer sur le côté gauche du visage ou sur les membres du côté gauche. Sur la face antérieure de son avant-bras droit (côté insensible) je place une pièce de vingt francs en or et je la fixe avec deux petites bandelettes de taffetas gommé. La malade ne sent pas plus le contact de la pièce métallique qu'elle ne sentait tout à l'heure les piqûres. Mais ne soyons pas trop impatients : il faut un certain temps pour que les effets métalloscopiques se produisent... Voilà une minute et demie que l'expérience est commencée, et Paule nous dit qu'elle éprouve une légère sensation de chaleur au niveau de la pièce d'or. La sensibilité est-elle déjà revenue? Pas encore, car vous voyez que la malade ne sent pas les piqûres profondes que je fais à sa peau, au voisinage immédiat de la pièce. Il s'est produit cependant une modification physiologique qui précède souvent le retour de la sensibilité : les piqûres que je viens de pratiquer laissent perler de grosses gouttelettes de sang, tandis que les piqûres faites antérieurement n'ont pas saigné du tout[1].

Le métal est appliqué maintenant depuis trois minutes. La malade éprouve toujours la même sensation de chaleur, mais avec plus d'intensité : « C'est, dit-elle, comme si j'avais un sinapisme sur l'avant-bras. » Explorons sa sensibilité. J'enfonce l'épingle au voisinage de la pièce, et Paule pousse un cri. La main et le bras droits sont encore insensibles, mais l'anesthésie a disparu tout autour de la pièce d'or, sur une surface régulièrement circulaire de dix centimètres de diamètre environ. Examinons rapidement l'avant-bras gauche, dont la sensibilité était normale au début de l'expérience. Juste dans le point symétrique à la zone devenue sensible sur l'avant-bras droit j'enfonce profondément l'épingle, et la malade n'éprouve aucune douleur, tandis qu'à quelques centimètres plus loin la sensibilité est restée intacte. Attendons quelques instants avant de faire de nouvelles explorations... Voilà cinq minutes que l'expérience est en train. En ce moment l'avant-

[1] Burq a très bien vu cette action des métaux sur la circulation. Il a même constaté que dans certains cas les métaux agissaient seulement sur quelques-uns des phénomènes connexes de l'anesthésie. Tel métal qui ne réveille pas la sensibilité peut, d'après ses observations, élever la température locale, ou bien activer la circulation, ou bien encore augmenter la force musculaire. Mais habituellement la sensibilité, la circulation capillaire et la force de contraction des muscles sont modifiées simultanément.

bras droit est sensible dans toute son étendue, depuis le poignet jusqu'au pli du coude, tandis que l'avant-bras gauche est devenu insensible.

Ainsi, pendant que la sensibilité reparaît progressivement au voisinage de la pièce d'or placée sur l'avant-bras droit et s'étend lentement comme une tache d'huile, elle disparaît parallèlement dans les points symétriques du côté opposé. C'est là le phénomène du *transfert,* décrit pour la première fois par les membres de la Commission de la Société de biologie. Attendons encore quelques minutes, et tout le côté droit de notre malade sera devenu sensible, tandis que tout le côté gauche sera devenu insensible. L'hémianesthésie sera transférée de droite à gauche, non pas seulement l'hémianesthésie cutanée, mais tous les troubles de la sensibilité des muqueuses, des organes des sens et des tissus profonds. Ainsi, tout à l'heure la conjonctive droite était insensible et la gauche sensible; dans un instant, c'est la conjonctive droite qui sera sensible et la gauche insensible. L'odorat était aboli du côté droit et conservé du côté gauche; mais quand le transfert sera complet, la malade percevra très bien les odeurs par la narine droite et ne les appréciera plus du tout par la narine gauche. Il en sera de même pour tous les autres sens, pour tous les autres modes de la sensibilité.

IV

Pour pratiquer l'expérience dont vous venez d'être témoins, nous nous sommes servis d'une pièce d'or. Nous aurions pu tout aussi bien choisir un disque d'argent, de cuivre, de plomb, d'étain, d'acier, de fer, de zinc, de laiton, et peut-être aurions-nous obtenu les mêmes effets qu'avec la pièce d'or, car nous savons, par les observations nombreuses de Burq, de Charcot, de la Commission de la Société de biologie, etc., que tous ces métaux sont des agents esthésiogènes puissants. Il est à remarquer toutefois que ces observations ont été faites exclusivement avec des métaux à l'état solide[1]. Or il serait assez intéressant de savoir si un métal à l'état liquide ou à l'état gazeux jouirait des mêmes propriétés

[1] Dans la savante revue critique que M. Vigouroux a consacrée à l'étude des agents esthésiogènes (*Archives de neurologie,* t. I et II), il rapporte que Burq a fait quelques tentatives pour remplacer les applications métalliques par des injections hypodermiques de différents sels ayant des métaux pour base, mais M. Burq n'a jamais publié les détails de cette série de recherches. Peut-être les résultats obtenus n'ont-ils pas

esthésiogènes. J'ai fait, pour résoudre cette question, un certain nombre d'expériences avec le mercure, et les résultats en ont été tellement précis qu'ils méritent, je crois, de vous être signalés.

J'ai commencé par essayer, sur plusieurs hystériques hémianesthésiques, l'action du mercure à l'état liquide. Le dispositif de l'expérience était des plus simples. Les malades plongeaient un des doigts du côté anesthésique dans un verre à expérience contenant quelques centimètres cubes du métal. Sur presque tous les sujets que j'ai soumis à cette épreuve la sensibilité a reparu après quelques instants, d'abord dans le doigt immergé, puis dans la main, l'avant-bras, le bras, et a gagné de proche en proche (avec transfert) tout le côté du corps qui était primitivement insensible. J'ai voulu savoir ensuite si le mercure incorporé dans un corps gras et appliqué sur des parties anesthésiques y réveillerait la sensibilité. Presque toutes les tentatives que j'ai faites dans cette direction ont été suivies de succès, et je crois pouvoir vous affirmer que l'onguent napolitain est un excellent esthésiogène.

Il restait à étudier l'action des *vapeurs mercurielles*. Je me suis servi pour cela de flanelle imprégnée de mercure dans le laboratoire de mon excellent collègue M. le professeur Merget et dégageant de grandes quantités de vapeurs métalliques. Des fragments de cette flanelle placés sur la peau de l'avant-bras ont produit les mêmes effets esthésiogéniques que le mercure liquide, mais avec plus de lenteur; il a fallu un quart d'heure environ pour déterminer le transfert complet de l'anesthésie. Il est à peine besoin de vous dire que toutes les précautions nécessaires ont été prises pour éviter les causes d'erreur. Ainsi, la flanelle dégageant les vapeurs mercurielles n'a pas été mise en rapport immédiat avec la peau. Dans toutes nos expériences elle en était séparée par une couche de toile fine à travers laquelle les vapeurs pouvaient facilement passer, mais qui était suffisante pour empêcher le contact direct du sel métallique avec le tégument. D'autre part, nous avons fait des expériences de contrôle dans lesquelles, au lieu d'employer de la flanelle préparée, nous nous servions, à l'insu du sujet, d'étoffes non mercurialisées, et dans ces expériences nous n'avons obtenu aucun effet.

répondu à son attente. J'ai essayé, en effet, de pratiquer sur des hystériques des injections sous-cutanées de citrate de fer et de quelques autres sels métalliques; mais j'ai dû renoncer à poursuivre ces expériences parce que les injections étaient mal supportées par les tissus. Leur action esthésiogénique m'a paru du reste être nulle ou insignifiante.

En somme, les métaux n'agissent pas seulement sur l'anesthésie des hystériques quand ils sont appliqués sur la peau à l'état solide. Le mercure liquide et les vapeurs mercurielles peuvent, chez certains malades, réveiller la sensibilité tout aussi bien que le font les plaques métalliques solides qui sont généralement employées.

Les recherches dont je viens de vous entretenir m'ont conduit à expérimenter l'action esthésiogénique des gaz. J'ai fait d'abord arriver sur des régions anesthésiques des jets de gaz d'éclairage, d'oxygène, d'acide carbonique, d'hydrogène; mais j'ai renoncé bientôt à ce procédé, parce que l'action physique du souffle pouvait avoir une influence mécanique, indépendante de la nature du gaz employé. Il fallait à tout prix écarter cette complication. J'y suis arrivé en me servant de grands flacons de verre à large ouverture, fermés par une lame de caoutchouc percée d'un trou ovalaire pour laisser passer la main des malades (comme dans les pléthysmographes de Mosso et de François-Franck) et munis d'une tubulure latérale permettant d'y faire pénétrer les gaz. Avec cet appareil on peut plonger la main dans un bain d'oxygène, d'hydrogène, d'acide carbonique, etc., et l'y maintenir aussi longtemps qu'on le désire. J'ai soumis deux hystériques hémianesthésiques à ces manuluves gazeux, et chez toutes deux les résultats ont été parfaitement concordants. Le gaz d'éclairage, l'oxygène, l'acide carbonique n'ont produit aucune modification appréciable de la sensibilité; l'hydrogène au contraire a très rapidement fait disparaître l'anesthésie en la transférant d'un côté à l'autre. Je ne veux pas induire de ces expériences qu'elles donnent une preuve nouvelle de la nature métallique de l'hydrogène, mais il n'en est pas moins curieux de constater que parmi les quatre gaz qui ont servi aux expériences un seul a eu une action esthésiogénique évidente, et c'est précisément celui que les chimistes considèrent comme un métal.

TREIZIÈME LEÇON

THÉORIES DES ACTIONS ESTHÉSIOGÉNIQUES

SOMMAIRE

I. De l'idiosyncrasie métallique. Effets variables de divers agents esthésiogènes sur des malades différents et sur les mêmes malades à des moments différents. Analyse de quelques-unes des conditions qui font varier les effets d'un même agent: *a*) influence d'arrêt d'un métal sur l'autre, fixation de la sensibilité; *b*) inversion des effets métalloscopiques, anesthésie post-métallique.

II. Interprétation des actions esthésiogéniques. *A*) *Théories physiques : a*) des courants électriques (Regnard); *b*) de la polarité électrique (Vigouroux); *c*) des vibrations moléculaires (Schiff). *B*) *Théorie psychique.* Attention expectante. Suggestion inconsciente.

III. Discussion des théories précédentes. Nécessité d'admettre des influences multiples, les unes d'ordre physique, les autres d'ordre psychique. Preuves.

IV. Théorie du transfert. Le transfert n'est que l'exagération d'un phénomène physiologique banal.

Messieurs,

Je voudrais vous exposer aujourd'hui les diverses théories qui ont été proposées pour expliquer l'action des agents esthésiogènes; mais il faut auparavant que je vous dise quelques mots de certaines particularités dont je n'ai pas eu le temps de vous entretenir dans la dernière leçon.

I

Toutes les anesthésies hystériques, disait Burq, ne disparaissent pas indifféremment par le fait de l'application sur la peau d'un métal quelconque. Chaque malade a une *sensibilité métallique* personnelle, variable d'un sujet à l'autre. Tel métal qui produira des effets esthésiogènes rapides sur une hystérique déterminée, sera sans action sur sa voisine, si celle-ci est douée d'une *idiosyncrasie métallique* différente. Toutefois, certains malades sont

« *polymétalliques* », c'est-à-dire qu'ils sont sensibles à l'influence de plusieurs métaux.

Ces idées, qui forment la base des doctrines métallothérapiques de Burq, reposent sur des observations exactes. Il est certain que les agents esthésiogènes (métalliques ou non) ne produisent pas des effets constants et uniformes sur tous les sujets [1]. Chaque malade est influencé par tel ou tel agent à l'exclusion des autres, et rien dans les caractères de l'anesthésie ne permet de prévoir quels seront les moyens actifs et les procédés inactifs.

Voulez-vous des exemples concrets de ces aptitudes personnelles? Voici trois de nos hystériques chez lesquelles nous avons régulièrement étudié ces jours-ci l'action des principaux agents esthésiogènes. Les résultats de nos observations sont consignés dans les tableaux suivants :

I MARIE-LOUISE F... Analgésie générale.	*Agents actifs.* — Or, électrisation statique avec étincelles. *Agents inactifs expérimentés.* — Fer, cuivre, argent, zinc, laiton, bois, porcelaine, caoutchouc, verre, faradisation et galvanisation locales, électrisation statique sans étincelles.
II PAULE C... Hémianesthésie droite.	*Agents actifs.* — Or, argent, cuivre, étain, fer, plomb, acier, zinc, mercure liquide, vapeurs mercurielles, hydrogène, passes, suggestion verbale. *Agents inactifs expérimentés.* — Verre, ivoire, sinapismes, vésicatoires, frictions, insufflation, faradisation et galvanisation locales, électrisation statique, gaz d'éclairage, acide carbonique, oxygène.
III JEANNE M... Hémianalgésie gauche.	*Agents actifs.* — Aucun. *Agents inactifs expérimentés.* — Or, argent, cuivre, fer, plomb, zinc, laiton, sinapismes, friction, aimant, faradisation et galvanisation locales, électrisation statique.

Il vous suffira de jeter un coup d'œil sur ces tableaux pour vous rendre compte des différences considérables qui existent entre divers malades relativement à l'action des agents esthésiogènes.

Ce n'est pas tout : l'idiosyncrasie esthésiogénique peut varier,

[1] Il n'est pas inutile de signaler ici les actions pathogènes ou curatives qui résultent de l'application sur quelques malades de certains agents esthésiogènes. Chez Paule C..., par exemple, l'application de l'aimant détermine des contractures violentes. Chez la même malade, l'application de l'or ou du plomb dissipe en quelques minutes les contractures préexistantes. Si l'on vient à placer un métal quelconque sur la peau des membres de Jeanne L..., il en résulte bientôt un tremblement très pénible qui amène des attaques convulsives. M. Burq et M. Vigouroux ont indiqué très explicitement ces différents effets des agents esthésiogènes.

chez un même sujet, d'un moment à l'autre. M. Hughes Bennett a observé que tel métal peut être efficace un jour et inactif le lendemain. M. Burq a signalé des faits analogues [1]. Je n'ai pas constaté de variations aussi rapides, mais j'ai vu souvent des modifications importantes se produire à quelques mois ou à quelques années d'intervalle. Ainsi les phénomènes sensitifs ont été étudiés chez Albertine M... une première fois en 1882 par M. Gaube, et une seconde fois en 1886 par M. Blanc-Fontenille, et les résultats de ces deux examens sont loin d'être identiques, ainsi que vous pouvez vous en assurer en parcourant le tableau ci-après :

ALBERTINE M... Hémianesthésie gauche.	En 1882.	*Agents actifs.* — Fer, buis, frictions, passes, insufflation sur la peau.
		Agents inactifs expérimentés. — Or, argent, acier, laiton, cuivre, zinc, étain, verre, ivoire, caoutchouc.
	En 1886.	*Agents actifs.* — Or, argent, cuivre, laiton, fer, acier, plomb, étain, zinc, friction, passes, insufflation.
		Agents inactifs expérimentés. — Verre, ivoire, bois, caoutchouc.

Nous ignorons absolument, Messieurs, quelles sont les causes intimes de l'idiosyncrasie esthésiogénique; mais il existe dans la science quelques documents intéressants sur certaines des conditions qui peuvent faire varier l'action d'un même agent. On sait, par exemple, que deux métaux appliqués simultanément peuvent annihiler réciproquement leur influence. On sait aussi que lorsque la sensibilité a reparu sur la peau, l'application d'un métal actif peut la faire disparaître temporairement. Je crois devoir vous fournir quelques détails sur ces deux séries de phénomènes.

a) *Influence d'arrêt d'un métal sur l'autre. Fixation de la sensibilité.* — Dans le cours des expériences pratiquées à la Salpêtrière par la Commission de la Société de biologie, M. Vigouroux constata que lorsqu'on place, sur une plaque de métal actif appliquée sur la peau, une plaque d'un autre métal, l'action esthésiogène ne se produit plus. Étant donnée, par exemple, une malade hémi-

[1] D'après M. Vigouroux (*Arch. de neurol.,* t. I, p. 565), quand un métal ne produit pas sur une hystérique les effets qu'il détermine d'ordinaire sur elle, on peut être certain que la malade est sous le coup d'une attaque récente ou imminente. Cette particularité aurait, selon lui, une réelle importance pratique. Elle permettrait de prévoir l'explosion d'une attaque avant que la malade en soit avertie par les signes prémonitoires qui lui sont familiers.

anesthésique sur laquelle l'or ramène rapidement la sensibilité, on applique sur l'avant-bras insensible une pièce de vingt francs en or, que l'on recouvre d'une pièce de un franc en argent. Dans ces conditions, l'effet ordinaire de l'or est neutralisé; l'anesthésie persiste indéfiniment.

Pour que cette action d'arrêt se produise, il n'est pas indispensable que les métaux soient superposés. Un bracelet d'or étant placé autour du poignet et un bracelet d'argent autour du bras, il n'y a pas d'effets esthésiogènes. Si la position des métaux est inverse, c'est-à-dire si le métal actif est placé sur le bras et le métal neutralisant sur le poignet, l'arrêt n'a lieu que sur la partie du membre qui est comprise entre le métal actif et l'extrémité périphérique du membre. Si les deux métaux sont placés sur des points symétriques du corps, par exemple l'or sur l'avant-bras droit et l'argent sur l'avant-bras gauche, l'action esthésiogénique est complètement annulée.

Si l'un des métaux a été appliqué assez longtemps avant l'autre pour que la sensibilité soit déjà en partie revenue sous l'influence du premier quand le second est mis en contact avec la peau, l'action esthésiogénique qui commençait à se produire est arrêtée instantanément, et, tant que les deux plaques métalliques restent en place, la sensibilité ne subit aucune modification nouvelle.

Voici en quels termes M. Vigouroux décrit ce fait intéressant [1] : « Sur une malade hémianesthésique, chez laquelle l'or ramène la sensibilité avec une extrême rapidité, j'applique une pièce d'or et, par-dessus, une pièce d'argent. L'anesthésie n'est pas modifiée, si longtemps qu'on fasse durer l'application des deux pièces. On enlève la pièce d'argent, la sensibilité reparaît presque immédiatement. Chose remarquable, cette action d'arrêt, la pièce d'argent l'exerce à n'importe quel moment du phénomène. Ainsi, lorsque la sensibilité est revenue, si on laissait les choses suivre leur cours, elle disparaîtrait bientôt pour faire place à ce que Burq a appelé *anesthésie de retour*. Mais si l'on remet la pièce d'argent, la sensibilité se trouve en quelque sorte fixée et persiste aussi longtemps qu'on laisse la pièce. Celle-ci, malgré l'action de l'or, a donc déterminé d'abord la persistance de l'anesthésie, ensuite la persistance de la sensibilité. Elle immobilise le phénomène dans la phase où elle le trouve. » Des expériences analogues ont été

[1] R. Vigouroux, *Sur la théorie physique de la métallothérapie* (*Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie*, 1879, p. 401).

faites avec d'autres couples métalliques et ont donné le même résultat. « Il a suffi invariablement de recouvrir le métal actif d'un autre métal pour le rendre inerte » et pour fixer la sensibilité.

J'ai pensé qu'il vous serait agréable de voir une expérience relative à cette action combinée de deux agents esthésiogènes. Pour cela, ce matin, en arrivant à l'hôpital, j'ai placé une pièce en or de vingt francs sur l'avant-bras droit de Paule C..., qui est hémianesthésique droite. Trois minutes après, la sensibilité était revenue (avec transfert) dans tout le membre supérieur droit. J'ai alors appliqué une pièce en argent de deux francs sur l'avant-bras gauche de la malade. Il y a environ une heure que ces applications ont été faites. Nous allons introduire la malade, et si les pièces métalliques, assez mal maintenues par quelques tours de bandes, ne sont pas tombées, nous allons trouver la sensibilité exactement dans le même état qu'au moment où l'argent a été mis en contact avec la peau. Vous voyez en effet que Paule C... ne sent pas les piqûres pratiquées sur le côté droit du corps (côté de l'hémianesthésie), sauf sur le membre supérieur droit sur lequel est appliquée la pièce d'or, tandis qu'elle les sent très bien sur le côté gauche du corps (côté sensible à l'état ordinaire), sauf sur le membre supérieur gauche sur lequel a été appliquée la pièce d'argent.

Nous avons employé, dans l'expérience précédente, deux métaux différents. Le résultat aurait été exactement le même si nous nous étions servis de deux pièces du même métal et du même diamètre placées sur deux points symétriques du corps.

Il faut ajouter, pour être complet, que lorsque l'hémianesthésie d'un malade a été transférée d'un côté à l'autre par l'application d'un métal actif, on peut empêcher le retour de la sensibilité sur le côté primitivement sensible en y maintenant appliquée une plaque de métal neutre. Le transfert, dans ces conditions, peut persister indéfiniment, même si on enlève la plaque de métal actif qui a déplacé la sensibilité (Dumontpallier).

b) Inversion des effets métalloscopiques. Anesthésie post-métallique. — Vous vous rappelez, Messieurs, que d'ordinaire lorsque les accidents hystériques s'améliorent, l'anesthésie s'atténue, et que, lorsqu'ils guérissent tout à fait, elle disparaît totalement; mais il y a une période intermédiaire entre la santé complète et la maladie confirmée, pendant laquelle la sensibilité est dans une sorte d'équilibre instable. Si, à ce moment, on applique sur

les parties du corps précédemment anesthésiques et redevenues sensibles depuis peu un métal actif, l'anesthésie reparaît avec les mêmes caractères qu'elle avait pendant la maladie. Ainsi le même agent qui réveillait jadis la sensibilité sur les parties anesthésiques rappelle maintenant l'anesthésie sur les parties sensibles. D'après Burq, à qui on doit la connaissance de ce curieux phénomène, la production de l'*anesthésie métallique* aurait une importance pratique sérieuse. Elle prouverait que la diathèse hystérique est encore en puissance et que le traitement ne doit pas être interrompu.

II

Aussitôt que la réalité des actions esthésiogéniques fut expérimentalement démontrée, on chercha à expliquer le mécanisme de leur production. Plusieurs théories furent proposées, les unes rapportant les effets des agents esthésiogènes à des causes physiques (courants électriques, variation de la polarité électrique, vibrations moléculaires), les autres à des influences purement psychiques (attention expectante). Chacune de ces théories eut bientôt des partisans enthousiastes et des détracteurs acharnés. La lutte fut vive, mais elle eut des résultats utiles, car elle provoqua de part et d'autre des expériences précises et des observations intéressantes. Afin de vous mettre en mesure de prendre un parti dans cette controverse, il convient que je vous fasse connaître les faits invoqués en faveur des diverses opinions en litige.

A) Théories physiques : *a*) *Théorie des courants électriques.* — Les recherches de Briquet, Duchenne, Vulpian, etc., ayant démontré que des courants électriques lancés sur les régions anesthésiques de la peau des hystériques y réveillent souvent la sensibilité, il était tout naturel de se demander si les métaux mis en contact avec la peau et les éléments de la transpiration cutanée ne devenaient pas la source de courants, et si les actions métalloscopiques ne devaient pas être ramenées, en dernière analyse, à des actions électriques. L'hypothèse n'avait rien d'invraisemblable, mais il fallait la vérifier expérimentalement. C'est ce que fit, avec l'aide de M. Regnard, la Commission de la Société de biologie. Les résultats obtenus furent surprenants de netteté. Ils peuvent être résumés dans les propositions suivantes.

1° Des métaux appliqués sur la peau humaine déterminent des courants d'une intensité suffisante pour être mesurés par des galvanomètres très sensibles[1];

2° L'intensité de ces courants est variable selon la nature du métal appliqué[2] et selon l'état de la peau;

3° Le passage dans la peau d'un courant de pile, d'une intensité égale à celle du courant que détermine sur la même peau l'application d'un métal actif, produit exactement les mêmes effets esthésiogènes que le métal lui-même.

Les deux premières propositions n'ont pas besoin de commentaires; mais la dernière exige quelques explications, car elle exprime sous une formule très concise une des plus intéressantes découvertes de M. Regnard : celle des *points neutres* des courants. Quand on fait passer dans la peau d'un sujet des courants d'intensités différentes, on constate que les effets obtenus ne sont pas proportionnels à l'intensité des courants employés. Une excitation faible, *A*, provoquera un retour rapide de la sensibilité; une excitation plus forte, *B*, ne modifiera pas l'anesthésie; une excitation plus forte encore, *C*, agira comme esthésiogène. Les courants *A* et *C* seront actifs, tandis que le courant intermédiaire *B* sera neutre. Pourquoi? Nous l'ignorons. Mais ces différences d'action de courants d'intensité variable n'en expliquent pas moins, dans une certaine mesure, les différences d'action des métaux. Nous savons, en effet, que les métaux appliqués sur la peau déterminent des courants dont l'intensité varie avec la nature du métal employé et l'état de la peau. Supposez que sur un malade déterminé l'or produise un courant égal à *A*, le fer un courant égal à *B*, le cuivre un courant égal à *C*, et nous comprendrons, sans invoquer l'intervention de forces inconnues ou d'influences mystérieuses, que, sur ce malade, l'or et le cuivre — qui provoquent des courants efficaces — soient actifs, tandis que le fer — qui donne naissance à un courant neutre — soit inactif.

La théorie de M. Regnard est incontestablement très ingénieuse; elle repose sur des faits d'une grande valeur; mais elle est passible

[1] Le galvanomètre qui a servi aux expériences de M. Regnard était à fil très fin et n'avait pas moins de trente mille tours de spire.

[2] Pour citer quelques chiffres, l'or vierge donnait une déviation de l'aiguille du galvanomètre de 3°, l'or monnayé de 12°, le cuivre de 40° à 45°. On trouvera le détail des expériences dans le premier rapport de M. Dumontpallier à la Société de biologie et dans une communication faite par M. Regnard à la même Société, dans la séance du 17 février 1877.

de certaines objections qui ont surtout frappé M. Vigouroux et l'ont engagé à substituer à la théorie des *courants électriques* celle de la *polarité électrique.*

b) *Théorie de la polarité électrique.* — Les courants, dit M. Vigouroux, jouent peut-être un rôle dans la production des phénomènes d'esthésiogénie métalloscopique, mais ce rôle est secondaire, indirect. Les métaux semblent devoir surtout leurs propriétés esthésiogéniques à la polarité électrique résultant de leur contact avec la peau : « L'action des métaux est un phénomène d'électricité statique. » En faveur de cette opinion, M. Vigouroux invoque un certain nombre de faits d'expérimentation, en particulier le phénomène dont je vous ai déjà parlé, de la neutralisation des effets métalloscopiques par la superposition de deux métaux différents. Si l'on admet que l'action du métal en contact avec la peau est le résultat d'un courant électrique, provoqué lui-même par un phénomène chimique, on ne conçoit pas comment cette action peut être annulée par l'application d'un autre corps sur la surface extérieure du métal. Au contraire, cela s'explique facilement avec l'hypothèse d'une influence due à des tensions électriques différentes. L'effet des plaques superposées obéit alors à cette loi des tensions voltaïques d'après lesquelles la *tension totale* qui résulte d'une série de contacts est la même que celle qui serait donnée par le contact direct des deux extrêmes de la série. Si donc nous appliquons une pièce de cuivre sur la pièce d'or, les effets, au point de vue de la tension, seront les mêmes que si le cuivre était directement en contact avec la peau, et si nous recouvrons la pièce de cuivre d'une nouvelle pièce d'or, nous devons théoriquement avoir (et nous aurons en effet, d'après les expériences de M. Vigouroux) les mêmes effets physiologiques que s'il y avait une pièce d'or unique sur la peau. A vrai dire, cette interprétation de l'influence neutralisante de l'action d'un métal sur l'autre n'est pas à l'abri de toute critique [1]; mais M. Vigouroux appuie sa théorie sur d'autres raisons. Il a constaté que des plaquettes de platine, inefficaces sur certains malades, deviennent actives quand elles ont été préalablement mises en rapport pendant un certain temps avec un élément faible de Trouvé, c'est-à-dire quand elles ont été

[1] Une des principales objections qu'on pourrait lui faire, c'est que, sur beaucoup de malades, l'application sur un métal actif d'un autre métal également actif arrête les effets esthésiogéniques, tandis que, d'après la théorie, la neutralisation du premier ne devrait avoir lieu que lorsque le second est par lui-même inactif.

polarisées. Il a constaté également qu'une pile étant bien isolée, l'application d'un seul de ses pôles donne lieu aux mêmes modifications de la sensibilité que le courant lui-même. Ce qui agit, dans ces circonstances, c'est évidemment la tension électrique.

En somme, M. Vigouroux résume ses opinions dans les deux propositions suivantes :

1° Un état électrique déterminé des organes périphériques de la sensibilité générale et spéciale est nécessaire à l'exercice de ces fonctions;

2° On peut modifier cet état électrique, et par suite la sensibilité, en déterminant à la surface du corps un phénomène de tension, ce qui peut se faire par l'application d'une plaque polarisée, par l'électrisation avec un seul pôle, par le courant [1].

c) *Théorie des vibrations moléculaires.* — Aux théories électriques des actions esthésiogéniques, M. Schiff fait un certain nombre d'objections. Le courant d'origine cutano-métallique qui passe dans le galvanomètre est, dit-il, très faible, puisqu'il dévie, de quelques degrés seulement, l'aiguille des instruments les plus sensibles; mais il est encore beaucoup plus fort que celui qui traverse le corps dont la résistance, relativement à celle du fil du galvanomètre, est énorme. D'autre part, les plaques de métal agissent encore sur les malades quand leurs bords sont réunis par un autre arc métallique déviant l'électricité. Enfin, lorsqu'on interpose entre le métal et la peau (ainsi que l'a remarqué Westphal) un mouchoir de soie, de la cire à cacheter ou un morceau de bois, on oppose une grande résistance au passage de l'électricité, et néanmoins l'action physiologique se produit.

Pour ces diverses raisons, M. Schiff repousse les théories qui attribuent un rôle actif aux phénomènes électriques dans la production de l'esthésiogénie. Il croit, avec les physiciens, que les corps matériels sont le siège de vibrations moléculaires rapides qui peuvent se communiquer aux corps voisins. La variété d'action des métaux dépendrait, selon lui, du nombre et du rythme des vibrations de l'agent esthésiogène et de leur concordance avec celles du système nerveux du sujet. M. Maggiorani a soutenu des idées très analogues.

J'ai dû vous indiquer les opinions de M. Schiff; mais après vous

[1] On trouvera les détails des expériences dans deux communications faites à la Société de biologie par M. Vigouroux : 1° sur la théorie physique de la métallothérapie, 1877, p. 401; 2° sur la théorie physique de la métalloscopie, 1878, p. 270.

les avoir signalées, je ne puis m'empêcher de vous faire observer : d'une part, que les objections sur lesquelles se fonde le savant physiologiste de Genève pour repousser l'intervention des phénomènes électriques sont purement spéculatives; d'autre part, que son hypothèse de la transmission des vibrations moléculaires et de leur concordance avec celles du système nerveux du sujet ne repose sur aucune observation directe, sur aucune donnée expérimentale précise.

B) Théorie des influences psychiques. — Les partisans de cette théorie, qui a surtout été développée en Angleterre par MM. Hughes Bennett et Hack Tucke, pensent que l'imagination est la seule cause des actions esthésiogéniques. Les courants électriques, disent-ils, les aimants, les métaux, etc., provoquent souvent des modifications de la sensibilité chez les hystériques, mais ces modifications ne résultent pas de l'intervention de forces physiques développées par l'application de ces agents; elles sont la conséquence de la fixation de l'esprit des malades. Ceux-ci attendent un phénomène, une modification physiologique; ils sont convaincus que leur anesthésie doit disparaître, et elle disparaît en effet, en vertu de l'influence qu'exerce le moral, surexcité par l'attention expectante, sur le physique. Il y a certainement quelque chose de vrai dans cette interprétation. Il paraît du moins très difficile d'expliquer autrement l'action de certains agents esthésiogènes; mais les auteurs de la théorie psychique ont eu le tort de généraliser trop hâtivement des conclusions qui ne doivent s'appliquer qu'à une catégorie restreinte de faits.

III

Le moment est venu de porter un jugement sur la valeur respective des interprétations qui ont été proposées pour expliquer les actions esthésiogéniques. En réalité, il n'y a que deux théories en présence : celle des forces physiques (courants ou tensions électriques) et celle des influences psychiques. Les agents esthésiogènes, disent certains observateurs, modifient la sensibilité par l'intermédiaire nécessaire des forces physiques qu'ils développent; ils n'agissent pas, disent les autres, en développant des forces physiques, mais simplement en mettant en jeu des influences

psychiques. Entre ces deux affirmations opposées, il nous faut faire un choix, à moins que, par l'analyse rigoureuse des faits, nous ne soyons amenés à conclure que chacune d'elles renferme une part de vérité. A mon avis, c'est à cette conclusion éclectique que nous devons nous arrêter, et cela parce que, en envisageant froidement l'ensemble des actions esthésiogéniques, nous en trouvons un certain nombre qui ne peuvent s'expliquer sans l'intervention d'une cause physique, tandis que d'autres se produisent bien évidemment sous l'influence exclusive de causes psychiques.

Les preuves qui démontrent l'intervention de causes physiques dans la production de certains phénomènes d'esthésiogénie sont nombreuses, et, si je ne me trompe, tout à fait convaincantes. On a fait, à la Salpêtrière et ailleurs, des centaines d'expériences de contrôle qui ne peuvent laisser aucun doute aux esprits non prévenus. Des barreaux de fer non aimantés ne produisent pas les mêmes effets que des barreaux aimantés. Les membres anesthésiques placés dans des solénoïdes ne recouvrent leur sensibilité que lorsque, au su ou à l'insu des malades et même des observateurs, le courant est lancé dans l'appareil. Des pièces métalliques recouvertes d'étoffes opaques étant appliquées sur la peau de malades sans que ceux-ci puissent voir le métal employé, ce sont toujours les mêmes métaux qui sont actifs ou inactifs sur les mêmes sujets. Des courants galvaniques très faibles, ne provoquant aucune sensation appréciable sur la peau des personnes dont la sensibilité est normale, font disparaître l'anesthésie, et toujours, dans ces conditions, l'anesthésie commence à s'effacer dans la région correspondant à l'électrode négative.

La concordance de ces résultats ne peut s'expliquer que par l'hypothèse d'une cause physique agissant indépendamment de la volonté et de l'imagination des malades. L'attention expectante ne rend pas compte de la différence des effets obtenus par des moyens identiques en apparence, et si l'on voulait faire intervenir ici des influences morales, il faudrait au moins commencer par nous faire connaître à l'aide de quels artifices les sujets en expérience arrivent à distinguer le barreau aimanté de celui qui ne l'est pas, le solénoïde en activité du solénoïde inerte, la nature du métal employé, la qualité des électrodes appliquées sur leur peau.

Il n'y a pas lieu de contester pour cela d'une façon générale et absolue la puissance esthésiogénique de certaines influences psychiques. L'imagination, l'attention expectante, les émotions

morales, la suggestion verbale peuvent rappeler la sensibilité dans les parties anesthésiques. M. V. Urbantschitsch[1] rapporte l'histoire d'une hémianesthésique observée dans le service de M. Rosenthal, chez laquelle le transfert se produisait quand on lui faisait regarder une tête de mort. Il n'y avait là ni courants électriques ni excitations physiques d'aucune espèce. Une simple émotion morale suffisait pour modifier tout le régime de la sensibilité du sujet.

Il est facile de réaliser devant vous quelques expériences de nature à démontrer l'action esthésiogénique de certaines excitations psychiques. Voici une de nos malades qui est anesthésique du côté gauche. Je pique sa main gauche sans qu'elle éprouve la moindre sensation, et, cette constatation faite, je lui dis sur un ton impératif : « Vous savez que votre main gauche était insensible. Eh bien! elle ne l'est plus. Maintenant vous sentez très bien sur cette main. » Je détourne la tête de la malade pour qu'elle ne puisse voir ce qui va se passer, et, malgré cette précaution, elle se plaint très vivement aussitôt que j'essaye de piquer sa main gauche qui, il y a quelques instants, était complètement anesthésique.

Assurément, tous les sujets ne sont pas également sensibles à des suggestions de cet ordre, mais il suffit que quelques-uns le soient pour que nous ayons à en tenir compte. Et, à propos de ces suggestions, permettez-moi d'appeler votre attention sur une particularité des plus curieuses. Chez certains malades, les *suggestions impératives* ne produisent aucun effet, tandis que les *suggestions par insinuation* ou *par persuasion* sont efficaces. Marie A..., par exemple, n'accepte (à l'état de veille, bien entendu) aucune suggestion impérative; au contraire, on peut modifier très aisément son anesthésie en faisant le simulacre d'employer des procédés que la malade croit réellement actifs. Il y a quelques jours, après avoir expérimenté sur elle, sans aucun succès, différents agents esthésiogènes, je dis à haute voix aux personnes qui m'entouraient : « Nous allons étudier maintenant les effets de l'appareil que nous venons de recevoir de Paris et qui donne, lui, des résultats certains, » et, après avoir prononcé ces paroles, j'installai avec des précautions infinies, à vingt centimètres de l'avant-bras insensible, l'écran d'un hémochromomètre de Malassez. Deux minutes après, la sensibilité était revenue dans l'avant-bras, la main et le bras de notre malade. Il est difficile, vous en convien-

[1] V. Urbantschitsch, *Beobachtungen über centrale Acusticus-Affectionen* (*Archiv für Ohrenheilkunde,* Bd XVI, 1880, p. 171).

drez, de voir dans cette expérience, que j'ai répétée depuis sous des formes très variées, autre chose qu'une *suggestion par insinuation*[1], qu'un effet de l'*attention expectante*.

En résumé, Messieurs, il faut admettre, si je ne m'abuse, que les phénomènes d'esthésiogénie ne dépendent pas tous de causes identiques. La sensibilité peut être modifiée par des influences physiques et par des influences psychiques. Au fond, cela n'a rien de surprenant, car nous connaissons déjà un grand nombre d'actes physiologiques ou pathologiques qui sont soumis à la fois à des variations dépendant d'excitations extérieures et d'excitations psychiques. Le rythme des battements du cœur, par exemple, peut être modifié par l'accélération des mouvements respiratoires ou par une émotion morale; le vomissement peut être provoqué par la prise d'un vomitif ou par le souvenir d'un spectacle répugnant ou d'une odeur nauséabonde, etc.

Bien entendu, ces deux ordres de causes peuvent se combiner ou se contrarier réciproquement, de façon à produire quelquefois des résultats imprévus ou d'une singulière complexité. J'étudiais dernièrement l'action simultanée des influences physiques et morales sur Paule C... Cette malade est très sensible à plusieurs métaux et particulièrement à l'or. Au moment d'appliquer sur son avant-bras droit (côté hémianesthésique) une pièce de ce métal, je lui suggérai que son bras resterait insensible malgré l'application de la pièce d'or[2]. Le résultat fut tout à fait curieux. Après quelques minutes, la sensibilité avait disparu dans tout le côté gauche du corps (face, tronc et membres), et elle avait reparu à droite, sur la face, le cou, le tronc et le membre inférieur. Le membre supérieur droit seul restait anesthésique. En réalité, cela est d'une logique parfaite. J'avais suggéré à la malade que le bras droit resterait insensible; il est, en effet, resté insensible. Sur le reste du corps, l'action esthésiogénique du métal n'étant pas contrariée par

[1] Tout le monde sait que pour faire pénétrer une idée dans l'esprit d'une personne, le meilleur procédé n'est pas toujours l'*affirmation* pure et simple de cette idée. Beaucoup de sujets sont d'un naturel défiant et ne croient volontiers qu'à ce qu'ils s'imaginent avoir découvert ou déduit de leurs propres observations ; avec eux, il faut procéder par *insinuation*. D'autre part, il est des gens incrédules auxquels il suffit d'affirmer une chose, pour qu'aussitôt ils soient portés à croire le contraire. Pour leur faire accepter une idée il faut agir par *contradiction*, c'est-à-dire soutenir l'idée opposée à celle qu'on veut leur inculquer. Les pédagogues connaissent parfaitement ces différents modes de pénétration des idées, et les commerçants habiles s'en servent merveilleusement dans l'intérêt de leurs affaires.

[2] La suggestion fut faite pendant le sommeil hypnotique, mais le reste de l'expérience se déroula après le réveil.

l'influence dominante de la suggestion, s'est produite comme à l'ordinaire. J'ai pu reconstituer dans ce cas particulier la sériation des phénomènes, parce que je me suis rappelé les termes précis de la suggestion; mais, si je ne m'en étais pas souvenu, ou si la suggestion avait été donnée à mon insu, je n'aurais certainement rien compris aux résultats obtenus. Il est très probable que beaucoup d'expériences d'esthésiogénie sont ainsi compliquées par des influences incidentes [1], et qu'un bon nombre des effets attribués par certains auteurs à l'action physique des passes magnétiques, de la force neurique rayonnante ou de la polarité humaine, sont les conséquences de suggestions involontaires ou inconscientes.

IV

Nous ne connaissons pas encore de théorie du transfert. M. Debove a essayé d'expliquer ce phénomène en supposant qu'il se passe au niveau de l'entre-croisement des faisceaux sensitifs « un phénomène analogue à celui que les physiciens, dans l'étude de la lumière, ont désigné sous le nom d'*interférence* » [2]; mais c'est là une pure hypothèse et non pas une théorie.

Au demeurant, il paraît très vraisemblable que le transfert est simplement une exagération excessive d'un fait physiologique banal. Dès 1854, Hoppe [3] a remarqué que si l'on pince énergiquement la joue ou l'index d'un côté, on détermine une diminution notable de la sensibilité sur les points symétriques de l'autre côté. M. Rumpf [4] a fait des observations analogues. Adamkiewicz [5] et Adler [6] sont arrivés à des résultats identiques. D'autre part,

[1] M. Vigouroux raconte l'histoire d'un malade atteint d'une sorte de crampe des écrivains avec anesthésie du membre supérieur droit. L'approche d'un aimant faisait en quelques minutes disparaître l'anesthésie et diminuait la difficulté d'écrire. En outre il y avait transfert. S'agissait-il là d'une action physique de l'aimant? Non, car un faux aimant en bois provoquait exactement les mêmes effets. Beaucoup d'expériences métalloscopiques ont dû être compliquées par cette intervention d'influences psychiques.

[2] Debove, *Recherches sur les hémianesthésies*, etc. (*Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1879, p. 46).

[3] Hoppe, anal. in *Canstatt's Jahresb.*, 1859, Bd I, p. 189.

[4] Rumpf, cité par Ch. Richet, *Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité*. Th. doct., Paris, 1877.

[5] Adamkiewicz, *Verh. der Berlin. Physiol. Gesellsch.*, 12 April 1878. In *Du Bois Reymond's Archiv für Physiologie*.

[6] Adler, *Ein Beitrag zur Lehre von den bilateralen Functionen. Ein Anschlusse an Erfahrungen der Metalloscopie*. Inaug. Dissert., Berlin, 1879.

Wolkmann et Fechner[1] ont constaté que lorsqu'on pratique sur la peau du bras les expériences de Weber, et qu'après un grand nombre d'épreuves la faculté de discerner les distances *minimum* de deux excitations simultanées a augmenté en ce point, cette augmentation de la finesse des appréciations du toucher existe en ce moment aussi sur l'autre bras auquel on n'avait pas touché, dans le point symétrique correspondant.

La révulsion employée dans un but thérapeutique produit souvent, en dehors de l'hystérie, le transfert d'un côté à l'autre de certains phénomènes morbides. C'est ainsi que Bravais[2], Récamier[3], et plus récemment MM. Buzzard[4], Hirtl[5] et Crozes[6], ont rapporté des exemples de transfert des auras motrices de l'épilepsie jacksonienne à la suite de l'application de vésicatoires circulaires au-dessus du point de départ de l'aura primitive, et quelques cliniciens viennent de proposer de traiter la sciatique en pulvérisant du chlorure de méthyle, non pas sur la cuisse endolorie, mais sur celle du côté opposé[7].

A la vérité, ces observations n'expliquent pas le phénomène du transfert; elles prouvent seulement qu'il n'est pas aussi extraordinaire qu'il le paraît à première vue, puisqu'il se produit, sous une forme atténuée, dans les conditions normales du fonctionnement du système nerveux et dans un certain nombre de circonstances pathologiques tout à fait indépendantes de l'hystérie.

[1] Cités par Béclard, *Traité de physiologie*, 5e éd., 1866, p. 939.

[2] Bravais, *Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique*. Th. doct., Paris, 1827.

[3] Récamier, *Gaz. des hôpit.*, 1843.

[4] Thomas Buzzard, *The Practitioner*, october 1868; *Clinical Lectures on diseases of the nervous system*, lect. IV, p. 427, et *The Lancet*, march 1884.

[5] L. Hirtl, *Ueber das Auftreten von Transfert Erscheinungen während der Behandlung der partiellen Epilepsie* (*Neurologisches Centralblatt*, 1884, p. 9).

[6] Élie Crozes, *Des effets des vésicatoires appliqués au-dessus du siège de l'aura dans l'épilepsie jacksonienne*. Th. doct., Bordeaux, 1886.

[7] Voyez à ce sujet : Jacquet, *Note sur la réfrigération du membre sain dans les cas de sciatique* (*Soc. de biol.*, 16 juillet 1887); Dumontpallier, *Du traitement de la sciatique par irritation cutanée du membre inférieur du côté sain* (*Soc. de biol.*, 23 juillet 1887); Paul Raymond, *Pulvérisation de chlorure de méthyle sur le membre du côté sain dans la névralgie sciatique* (*Soc. de biol.*, 23 juillet 1887).

Il convient de rappeler ici que dès 1878 M. Dumontpallier a montré qu'il était possible de provoquer une analgésie locale d'un membre en pulvérisant de l'éther sur la région similaire du côté opposé du corps (*Soc. de biol.*, 1878, p. 349; Académie de médecine, séance du 4 novembre 1879; *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1879, p. 733) et que, dix ans auparavant, MM. Brown-Séquard et Tholozan avaient signalé l'abaissement local de la température d'un côté du corps par suite de la réfrigération du côté opposé (*Archives de physiol.*, 1868, p. 688).

QUATORZIÈME LEÇON

LOCALISATION FONCTIONNELLE DES ANESTHÉSIES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. L'anesthésie hystérique paraît être le résultat d'une inertie fonctionnelle des organes centraux des sensations brutes. Elle est vraisemblablement indépendante de toute altération matérielle ou dynamique des nerfs périphériques et des centres perceptifs corticaux.

II. Caractères cliniques des anesthésies symptomatiques des lésions destructives de la protubérance et des pédoncules cérébraux.

III. Étude des hémianesthésies capsulaires. Elles ne tiennent pas directement aux lésions destructives de la capsule interne. Elles sont dues à un trouble fonctionnel des centres sensitifs sous-jacents.

IV. Critique des observations et des expériences tendant à faire de l'écorce des hémisphères cérébraux l'organe des anesthésies hystériques.

Messieurs,

Comme tous les autres accidents hystériques, l'anesthésie dépend vraisemblablement d'une modification purement dynamique de certaines parties des centres nerveux. Elle est l'expression d'un affaiblissement ou d'une perte momentanée de l'excitabilité de quelques-uns des organes qui servent à l'élaboration des excitations sensitives; elle ne dépend pas de lésions destructives de ces organes.

Ce qui le prouve, mieux encore que les résultats négatifs des autopsies pratiquées jusqu'à ce jour, c'est la mobilité du phénomène, la facilité avec laquelle il se modifie spontanément ou sous l'influence de circonstances accidentelles, la brusquerie avec laquelle il se déplace ou disparaît en présence des agents esthésiogènes.

La nature intime des modifications nutritives qui tiennent sous leur dépendance les variations de l'excitabilité des cellules nerveuses nous est tout à fait inconnue. Il serait oiseux de chercher

à les expliquer par des hypothèses ne reposant sur aucun fondement expérimental.

En revanche, nous pouvons tenter de déterminer, en nous appuyant sur les données fournies par l'anatomie, la physiologie et la clinique, quelle est la région des centres nerveux qui peut être légitimement considérée comme l'organe des anesthésies hystériques.

I

Si les notions que nous possédons sur la physiologie de la sensibilité sont exactes, il faut admettre que tout événement sensitif implique la mise en activité de plusieurs organes ou appareils régulièrement hiérarchisés. Il a toujours pour point de départ une excitation extérieure ou *impression*, et pour point d'arrivée un état de conscience qu'on appelle *perception*.

Entre ces deux extrêmes se placent des séries complexes d'actes intermédiaires dont chacun joue un rôle essentiel ou accessoire dans le mécanisme de la sensibilité.

Tout d'abord, l'excitation initiale est colligée par les expansions terminales des nerfs et transmise, par l'intermédiaire des tubes nerveux périphériques, à la moelle épinière. Elle traverse la moelle épinière en provoquant un ébranlement collatéral qui peut stimuler les éléments moteurs de l'organe et déterminer des phénomènes réflexes variés. Elle arrive ainsi aux groupes cellulaires sensitifs de la protubérance et du pédoncule et y subit un arrêt pendant lequel se produit la *sensation brute*, sorte d'émotion mal définie accompagnée de plaisir ou de douleur, sans idéation concomitante. Enfin, après avoir franchi ce relais, elle est portée vers les centres psycho-sensoriels de l'écorce cérébrale où a lieu la *perception*, c'est à dire la pénétration de la sensation dans la conscience et sa transformation en *images* et en *idées*.

L'excitation peut être arrêtée en un point quelconque du long trajet qu'elle doit parcourir pour se rendre de l'extrémité terminale des nerfs périphériques à la substance grise corticale des hémisphères cérébraux, et, quand elle est arrêtée par un obstacle infranchissable, nous en sommes informés par un symptôme commun : l'*anesthésie*. Toutefois, les caractères cliniques de l'anesthésie varient avec le siège de l'obstacle à la transmission des impressions sensitives.

Supposez une inertie fonctionnelle des papilles terminales d'un nerf ou une lésion destructive d'un tronc nerveux : les tissus correspondants seront, par le fait même, frappés d'insensibilité absolue. L'impression, arrêtée sur place, n'arrivera pas aux centres nerveux. Non seulement elle restera étrangère au sensorium, mais elle ne provoquera aucun réflexe. Ce sera l'anesthésie pure, isolée de tout phénomène réactionnel concomitant. Nous l'appellerons, si vous voulez, *anesthésie périphérique* ou *anesthésie des impressions*.

Supposez, maintenant, une inertie fonctionnelle ou une lésion anatomique siégeant dans l'organe des sensations brutes : il n'y aura pas de perception consciente, pas même de sensation, mais l'impression arrivera dans la moelle et le bulbe, et elle y provoquera les réflexes qui accompagnent à l'état normal la transmission des impressions sensitives dans cette portion des centres nerveux (réflexes vasculaires, sécrétoires, pupillaires, etc.). Dans ce cas particulier, l'anesthésie sera caractérisée par l'absence de perception et de sensation, coïncidant avec la conservation de la plupart des réactions réflexes qui succèdent d'ordinaire à l'excitation des organes sensibles. Ce sera l'*anesthésie basilaire* ou *anesthésie des sensations*.

Supposez, enfin, une inertie fonctionnelle ou une destruction matérielle des centres psycho-perceptifs de l'écorce cérébrale, c'est-à-dire des organes de l'élaboration psychique des sensations : les sensations brutes seront conservées aussi bien que les réactions réflexes de la moelle, du bulbe, de la protubérance et des centres basilaires; mais il y aura des troubles profonds dans la formation des images sensorielles et des idées dont ces images sont le substratum nécessaire. Les malades auront, par exemple, ces formes curieuses d'anesthésie psychique qui ont été récemment étudiées et minutieusement analysées sous les noms de *cécité psychique* et de *cécité verbale*, de *surdité psychique* et de *surdité verbale*, etc., et qui constituent les diverses variétés de l'*anesthésie corticale* ou *anesthésie des perceptions*.

En d'autres termes, l'anesthésie périphérique abolit tous les effets consécutifs aux impressions sensitives : sensations, perceptions et réflexes; l'anesthésie basilaire n'abolit que la sensation et la perception consciente; l'anesthésie corticale n'abolit que la perception consciente.

Par ses caractères, l'anesthésie hystérique appartient au groupe des *anesthésies des sensations*.

Elle ne siège pas dans les parties périphériques de l'appareil sensitif, puisque nous avons constaté précédemment que les excitations appliquées sur les parties insensibles des téguments des hystériques déterminent certains réflexes d'origine bulbo-médullaire, ce qui paraît démontrer que les papilles terminales les ont colligées et que les nerfs périphériques les ont transmises aux centres nerveux inférieurs.

Elle ne siège pas non plus dans les centres psycho-perceptifs corticaux, puisque les fonctions d'élaboration psychique des sensations qui semblent être spécialement dévolues à l'écorce cérébrale ne sont habituellement pas atteintes chez les hystériques anesthésiques.

Elle paraît résider dans les organes des sensations brutes, c'est-à-dire dans les amas de cellules ganglionnaires de la base de l'encéphale, dans lesquels se fait la première transformation importante des impressions sensitives, puisque les réflexes bulbo-médullaires sont conservés, alors que la perception consciente et la sensation brute sont abolies.

II

Ces organes des sensations brutes sont représentés par les masses de substance grise qu'on trouve échelonnées le long du faisceau sensitif dans la protubérance annulaire et les pédoncules cérébraux. Leur participation à l'élaboration des impressions sensitives et le rôle qu'ils jouent dans la production de certaines anesthésies sont démontrés par des expériences physiologiques et par des observations anatomo-cliniques très précises.

Lorry, Serres, Desmoulins, J. Muller, Longet, Schiff, Vulpian, etc., ont constaté que les animaux dont la protubérance annulaire est séparée des hémisphères cérébraux par des sections transversales complètes continuent à éprouver des sensations, tandis qu'ils cessent de sentir quand la protubérance est détruite.

Après l'ablation du cerveau, du cervelet, des corps striés, des couches optiques, des tubercules quadrijumeaux, un chien témoigne par de l'agitation et par des cris plaintifs qu'il éprouve de la douleur lorsqu'on le pince énergiquement. Si l'on détruit la protubérance, il n'y a plus ni cris ni agitation sous l'influence des

excitations périphériques les plus violentes; ce qui prouve qu'au point de vue physiologique on peut réellement considérer la protubérance comme le centre nerveux où les impressions se changent en sensations [1].

Les observations anatomo-cliniques confirment pleinement cette opinion.

Les lésions destructives limitées de la région sensitive de la protubérance et des pédoncules cérébraux donnent lieu à des anesthésies présentant tous les caractères cliniques des anesthésies hystériques, sauf la mobilité [2]. Selon les différences de leur siège et de leur étendue, elles provoquent des anesthésies générales, unilatérales, alternes ou en îlots [3].

Ces anesthésies sont totales ou partielles. Les premières abolissent uniformément toutes les sensations partant des régions du corps qu'elles affectent; les secondes ne suppriment que certains modes de la sensibilité, les autres restant intacts. Ainsi, dans une observation de M. Spitza, les sensations musculaires et thermiques étaient abolies, les sensations tactiles affaiblies et les sensations dolorifiques normales [4].

Un malade étudié par MM. Kahler et Pick [5] avait conservé intactes

[1] Vulpian, *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*. Paris, 1866; XXIVe leçon, p. 537.

[2] Voir à ce sujet :

Louis Couty, *De l'hémianesthésie mésocéphalique* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1887) et *Sur quelques troubles sensitifs d'origine mésocéphalique* (même recueil, 1878).

Nothnagel, *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale basées sur l'étude des localisations*, traduction française par Kéraval. Paris, 1885.

Allen Starr, *The sensory tract in the central nervous system*. (*The Journal of nervous and mental diseases*, juin 1884.)

[3] M. Allen Starr, qui a soigneusement étudié *(loc. cit.)* la topographie des lésions du mésocéphale en fonction des troubles sensitifs qu'elles provoquent, est arrivé aux conclusions suivantes : l'anesthésie unilatérale d'origine protubérantielle est produite par des lésions siégeant au-dessous du point de jonction des racines ascendante et descendante du trijumeau; l'anesthésie alterne (face d'un côté et membres du côté opposé), par des lésions siégeant au-dessus du point de jonction des racines précitées; l'anesthésie isolée des membres, par des lésions siégeant dans les deux tiers inférieurs de la formation réticulaire; l'anesthésie isolée de la face, par des lésions siégeant dans le tiers supérieur de la formation réticulaire. Les sens supérieurs (ouïe et vue) sont habituellement épargnés dans les anesthésies d'origine mésocéphalique, mais ils sont souvent atteints dans les lésions pédonculaires.

[4] Spitza, *American Journal of neurology and psychiatric*, novembre 1883. A l'autopsie on trouva un ancien foyer ochreux siégeant dans le côté gauche de la protubérance, entre la formation réticulaire et les fibres longitudinales du mésocéphale.

[5] Kahler et Pick, *Vierteljah. f. d. prak. Heilkunde*, 1879, Bd 142, S. 96. — L'autopsie révéla l'existence d'un vieux foyer de ramollissement jaune occupant le côté gauche de la protubérance et s'étendant depuis le voisinage des tubercules quadrijumeaux jusqu'à l'olive.

les sensibilités à la douleur et à la température, tandis que les sensibilités tactile et musculaire étaient affaiblies[1].

Les observations anatomo-cliniques confirment donc, dans la mesure dans laquelle elles sont utilisables, l'hypothèse de l'origine basilaire des anesthésies hystériques, car il est évident que l'inertie fonctionnelle d'un centre nerveux doit donner lieu à des symptômes très analogues à ceux que provoque sa destruction par une lésion matérielle grossière, puisque, dans les deux cas, la fonction de ce centre est également abolie.

III

On a fait à l'hypothèse qui ressort des considérations précédentes un certain nombre d'objections dont il serait injuste de méconnaître la valeur et dont je vous dois l'exposé et la critique.

Partant de ce fait aujourd'hui bien démontré (grâce aux recherches anatomo-cliniques de Ludwig Turck[2] et de M. Charcot[3], corroborées par les expériences de Veyssière[4] et de Carville et Duret[5]) que les lésions destructives de la capsule interne déterminent souvent des hémianesthésies du côté opposé du corps, présentant les caractères cliniques de celles qu'on observe chez les hystériques, certains auteurs ont été amenés à penser que la capsule interne est le véritable organe des hémianesthésies. Sa destruction par une lésion grossière causerait l'hémianesthésie symptomatique, son inertie fonctionnelle déterminerait l'hémianesthésie hystérique[6].

L'argument est spécieux, mais il est loin d'être sans réplique.

[1] Ces dissociations de la sensibilité s'observent souvent dans les maladies de la moelle épinière. Elles sont de règle dans la syringomyélie. Dans cette curieuse affection, dont l'étude est encore toute récente, le toucher et le sens musculaire sont intacts, tandis que les sensations de douleur et de température sont abolies. M. Charcot (*Leçons du mardi à la Salpêtrière,* 28 juin 1889) a insisté avec raison sur les analogies que présentent ces troubles de la sensibilité avec ceux qu'on constate chez quelques hystériques, et il a montré les difficultés de diagnostic qui pouvaient en résulter.

[2] Ludwig Turck, *Ueber die Beziehung gewisser Krankheitenherde der grossen Gehirns zur Anesthesie* (*Sitzungber. der Kaiserl. Akad. der Wissensch. zu Wien,* 1859).

[3] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. I.

[4] Veyssière, *Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale.* Th. doct., Paris, 1874.

[5] Carville et Duret, *Sur les fonctions des hémisphères cérébraux* (*Archives de physiologie,* 1875).

[6] René Grenier, *Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables. Essai de localisation du processus morbide dans les névroses.* Thèse d'agrégation (médecine), Paris, 1886, p. 19 et suiv.

Il n'est pas démontré, en effet, que les hémianesthésies qui succèdent parfois aux lésions capsulaires soient sous la dépendance immédiate des altérations matérielles auxquelles on est tout d'abord tenté de les rattacher.

On a même d'excellentes raisons de croire que la lésion locale, loin d'être la cause efficiente de l'anesthésie, n'en est qu'une condition accessoire. L'une de ces raisons, c'est que les anesthésies symptomatiques des lésions cérébrales sont mobiles et peuvent se déplacer ou disparaître brusquement sous l'influence des agents esthésiogènes.

Plusieurs observations démontrent cette instabilité des anesthésies symptomatiques des lésions capsulaires. La première en date est celle de la nommée Ronc..., dont l'histoire, publiée en 1877 par MM. Landolt et Oulmont [1], a été reproduite dans la plupart des travaux ultérieurs relatifs à l'hémianesthésie et à la métallothérapie. Cette femme était atteinte depuis douze ans d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et d'hémichorée post-hémiplégiques du côté droit. M. Charcot lui fit faire quelques applications métalliques (pièces d'or, puis plaques de fer). La sensibilité reparut, sans transfert, dans les parties anesthésiées. En quelques jours la guérison de l'hémianesthésie fut complète et persistante.

Des faits analogues ont été rapportés par MM. Vigouroux [2], Dumontpallier [3], Laboulbène [4], Proust et Ballet [5], Debove [6], etc.

[1] *Progrès médical*, 1877, p. 381.

[2] Vigouroux (*Gaz. des hôpit.*, 1878, p. 466). Hémorragie cérébrale; hémiplégie et hémianesthésie droites. Disparition de l'hémianesthésie par l'action à distance d'un électro-aimant.

[3] Dumontpallier (*Bull. Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1879, p. 149). Homme de cinquante ans, atteint depuis un an d'hémianesthésie droite complète (cutanée et sensorielle) avec parésie légère du même côté, par suite d'une lésion cérébrale. Application pendant dix minutes d'un aimant vigoureux sur l'avant-bras droit. Guérison définitive de l'anesthésie; retour des perceptions, sauf de celle de la couleur verte.

[4] Laboulbène (*Bull. Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1879, p. 301). Homme, soixante-sept ans, hémiparésie avec hémianesthésie gauches dépendant vraisemblablement d'un ramollissement cérébral. Application d'un aimant qui fait reparaître deux plaques sensibles, l'une sur le coude, l'autre sur le genou, avec transfert. On ne put obtenir la guérison complète de l'anesthésie.

[5] Proust et Ballet (*De l'action des aimants sur quelques troubles nerveux et spécialement sur les anesthésies*, in *Journ. de thérap.*, 1879). Homme de quarante-neuf ans, présentant les symptômes d'une tumeur cérébrale, entre autres une hémiparésie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. Disparition temporaire de l'hémianesthésie sans transfert par l'application d'aimants.

[6] Debove (*Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice, d'hémichorée, de contracture, et sur leur curabilité par les agents esthésiogènes*, in *Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1879, p. 27). Femme, soixante-deux ans, hémiparésie, hémichorée et hémianesthésie post-apoplectiques du côté droit. Guérison (sans transfert) de tous ces accidents par l'aimantation.

Homme, cinquante-quatre ans. Hémiplégie et hémianesthésie gauches probablement

La première idée qui vient à l'esprit lorsqu'un symptôme apparaît après une lésion matérielle des centres nerveux, c'est que ce symptôme dépend directement de la lésion provocatrice. Dans l'espèce, on est tout naturellement porté à considérer l'anesthésie qui succède à la destruction limitée de la région capsulaire comme la conséquence immédiate de l'interruption de la continuité du faisceau sensitif et de l'arrêt de la conduction centrale qui doit en être la conséquence. Eh bien! la mobilité des anesthésies succédant aux lésions capsulaires, leur disparition temporaire ou définitive à la suite de l'application d'un agent esthésiogène banal, prouvent que les rapports entre la lésion et le symptôme ne sont pas aussi simples qu'on serait tenté de le supposer à première vue. En réalité la section du faisceau sensitif dans la région capsulaire ne cause pas l'anesthésie parce qu'elle interrompt la conduction centrale des excitations sensitives, car, s'il en était ainsi, l'anesthésie ne pourrait se dissiper qu'après la cicatrisation des tubes nerveux intéressés dans la lésion. Selon toute vraisemblance, elle agit sur la sensibilité par voie indirecte. Elle détermine un affaiblissement ou une perte de l'excitabilité des centres basilaires sous-jacents, et c'est l'inertie fonctionnelle de ces centres qui est la cause immédiate de l'anesthésie. Dans ces conditions, l'organe des sensations n'est pas détruit, il est inhibé. Les éléments cellulaires ne sont pas morts, ils sont engourdis. Et l'on comprend alors comment l'intervention des excitations esthésiogéniques peut — comme dans les anesthésies hystériques qui dépendent en somme de la même cause immédiate — réveiller leur activité et rétablir leur fonctionnement temporairement arrêté.

Dans cette hypothèse, l'hémianesthésie symptomatique ne serait autre chose qu'une hémianesthésie hystéro-traumatique. L'ébranlement des centres sensitifs basilaires en serait la cause véritable; la lésion capsulaire concomitante serait tout à fait contingente.

On connaît d'ailleurs quelques exemples de traumatismes du crâne ou d'ictus apoplectiformes ayant déterminé l'apparition

d'origine syphilitique. Disparition de ces accidents (sans transfert) après l'application d'aimants.

Ces observations sont assurément pleines d'intérêt. Cependant, on ne peut s'empêcher de regretter que l'occasion ne se soit pas encore présentée de constater *de visu*, après la disparition de l'anesthésie, l'existence réelle d'une lésion capsulaire. J'ai fouillé la littérature médicale de ces dernières années dans l'espoir de rencontrer quelques cas présentant cette garantie du contrôle de l'examen *post mortem* des centres nerveux, et je n'ai pas été assez heureux pour en trouver un seul. Il serait très désirable que cette lacune fût comblée.

d'hémianesthésies typiques sans qu'il y eût dans le cerveau aucune altération matérielle capable d'en fournir l'explication.

En 1884, M. Morisani a rapporté un cas fort intéressant d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle *droite* survenue chez un homme qui avait reçu, dix mois auparavant, un violent coup de pioche sur le *côté droit* du crâne. Le malade mourut des suites d'une trépanation pratiquée pour le débarrasser de douleurs de tête très intenses. On s'attendait à trouver à l'autopsie une lésion en foyer dans la région capsulaire de l'hémisphère gauche, mais on n'y rencontra rien qui pût fournir l'explication des symptômes observés. L'hémianesthésie constatée du vivant du malade était vraisemblablement le résultat d'une simple commotion encéphalique [1].

D'autre part, Vulpian a vu un homme de quarante-cinq ans qui devint hémianesthésique du côté gauche consécutivement à un ictus apoplectique, et qui mourut subitement six mois après. Il s'attendait, lui aussi, à trouver dans l'hémisphère du côté opposé à l'hémianesthésie un foyer d'hémorragie ou de ramollissement. L'autopsie fut pratiquée avec tout le soin possible; cependant on ne découvrit aucune altération appréciable des centres nerveux : méninges, artères de l'encéphale, circonvolutions, masses centrales, protubérance, bulbe, moelle, tout était ou paraissait être parfaitement sain [2].

La conclusion de tout ceci, c'est que les anesthésies dites capsulaires sont, en réalité, des anesthésies basilaires tout comme les anesthésies hystériques dont elles ne se séparent par aucun caractère important.

IV

Quelques auteurs supposent que les modifications dynamiques qui provoquent les anesthésies hystériques doivent être localisées dans la couche corticale des hémisphères cérébraux.

[1] Domenico Morisani, *Contribuzione allo studio delle localizzazioni cerebrali. Emianestesia da trauma. Trapanazione del cranio* (*Giornale di neuropatologia*, t. II, 1884, p. 1 et 81).

[2] Vulpian, *Hémiparésie et hémianesthésie consécutives à une perte brusque de connaissance et attribuées pendant la vie à une lésion en foyer dans le côté opposé de l'encéphale. Examen nécroscopique : aucune lésion intra-crânienne* (*Revue de médecine*, 1881, t. I, p. 38).

M. Dejérine avait publié antérieurement dans les *Bulletins de la Société anatomique* (17 février 1880) une observation analogue, mais moins probante, parce que la femme qui en fait l'objet avait présenté antérieurement quelques accidents hystériques.

M. Regnard [1] a émis le premier cette hypothèse pour expliquer une expérience curieuse dont voici le dispositif :

On fait passer rapidement, au moyen de disques tournants, devant l'œil achromatopsique d'une hystérique, deux couleurs complémentaires dont la malade ne perçoit qu'une seule lorsque ces couleurs lui sont présentées isolément. Dans les conditions précitées, les deux couleurs se combinent et donnent la sensation du blanc. Le résultat est le même lorsqu'on fait arriver simultanément, à l'œil d'une hystérique qui ne perçoit plus le vert, des rayons verts et des rayons rouges, au moyen de verres superposés. Les deux couleurs complémentaires se combinent et le blanc est reconstitué par le sujet achromatopsique, comme il le serait par une personne dont la sensibilité visuelle serait normale. Si la théorie de Yung était vraie, ajoute M. Regnard, s'il existait dans la rétine des bâtonnets destinés uniquement à la perception du vert, par exemple, et que l'achromatopsie du vert résultât de la paralysie de ces bâtonnets, l'achromatopsique pour le vert ne pourrait réunir les couleurs complémentaires et faire du blanc avec le mélange du vert et du rouge. Or, cette réunion a toujours lieu. Il semble donc que, dans l'achromatopsie hystérique, la rétine est saine et que le défaut physiologique qui cause l'erreur visuelle est plus loin, dans le centre perceptif. Quand la vibration verte arrive à ce centre, elle n'est pas perçue, mais elle agit néanmoins, et la preuve, c'est qu'ajoutée à une vibration rouge, elle donne la sensation du blanc.

L'expérience de M. Regnard paraît être, effectivement, en opposition avec l'hypothèse de l'individualité fonctionnelle des bâtonnets rétiniens. Elle démontre bien que des sensations colorées, non perçues par le sujet, sont cependant enregistrées quelque part dans les centres nerveux puisqu'elles peuvent s'associer à d'autres sensations perçues pour former avec elles des combinaisons sensorielles. Mais rien ne prouve que cet enregistrement et cette association aient lieu dans l'écorce cérébrale. Pourquoi ne se produiraient-ils pas dans les centres basilaires?

M. Alfred Binet a développé récemment la théorie de la localisation corticale des anesthésies hystériques, en s'appuyant sur des expériences psycho-physiologiques d'un autre genre [2].

D'après cet observateur distingué, il y aurait des différences

[1] P. Regnard, Société de biologie, séance du 26 janvier 1878.

[2] Alfred Binet, *Recherches sur les altérations de la conscience chez les hystériques* (*Revue philosophique,* février 1889, p. 135).

notables entre les anesthésies hystériques et les anesthésies organiques[1]. Celles-ci seraient le résultat d'un arrêt ou d'une extinction absolue des vibrations sensitives; celles-là consisteraient simplement dans un passage de la sensibilité à l'état inconscient. Les sensations cesseraient d'arriver à la conscience du sujet, mais elles ne seraient pas abolies. La preuve, c'est que les excitations appliquées aux parties anesthésiques des hystériques peuvent provoquer, dans certaines conditions expérimentales, des mouvements coordonnés ou des phénomènes d'idéation consécutive indiquant d'une façon certaine que la sensation, tout en restant ignorée du sujet, a cependant agi sur les appareils de l'activité automatique et est arrivée jusqu'aux centres de l'idéation[2].

Il convient de citer quelques-unes des expériences sur lesquelles sont fondées ces déductions :

1° On imprime au bras anesthésié d'une hystérique dont les yeux ont été préalablement bandés, un certain nombre de mouvements régulièrement rythmés. Au moment où ces mouvements sont exécutés, ils n'éveillent aucune sensation perçue par le sujet. Cependant, quand on cesse de déplacer le bras, le mouvement est répété, avec le même rythme, pendant un certain temps. Il faut donc qu'il ait été l'objet d'un enregistrement physiologique, sans quoi il se serait arrêté aussitôt que l'expérimentateur aurait cessé de le provoquer.

2° La main anesthésique d'une hystérique étant placée derrière un écran, on introduit entre les doigts un objet de forme connue. La malade palpe l'objet sans le sentir ou tout au moins sans avoir la notion consciente de ses qualités physiques. Cependant elle le reconnaît inconsciemment, car si c'est une boîte d'allumettes, elle l'ouvre; si c'est un crayon, elle le met entre le pouce et l'index comme pour écrire, etc.

[1] Il est bon de faire observer que cette distinction entre les anesthésies hystériques et les anesthésies organiques n'est pas démontrée objectivement. M. Binet ne rapporte dans son travail aucune observation, aucune expérience, prouvant que les phénomènes qu'il a constatés dans les anesthésies hystériques ne se produisent pas également dans les anesthésies symptomatiques des lésions de la protubérance ou des pédoncules cérébraux.

[2] Ces phénomènes inconscients ou sub-conscients, provoqués par les excitations sensitives non perçues par les sujets, ont été étudiés avec un soin minutieux par M. Pierre Janet. Les recherches de cet habile psychologiste viennent d'être réunies dans un volume fort intéressant de la Bibliothèque de philosophie contemporaine, ayant pour titre : *l'Automatisme psychologique* (Paris, 1889). L'opinion de M. Janet c'est que l'anesthésie hystérique n'abolit pas les sensations. Les malades qui paraissent insensibles sentent en réalité comme à l'état normal, mais ils s'imaginent qu'ils ne sentent pas. Leur anesthésie est le résultat d'une auto-suggestion; elle est d'ordre purement psychique.

3° La main anesthésique étant placée derrière l'écran, on lui imprime les mouvements nécessaires pour écrire un chiffre ou un mot. Le sujet n'a pas conscience de ces mouvements; néanmoins si on lui demande de penser à un chiffre ou à un mot quelconque, il indique habituellement le chiffre ou le mot dont on lui a fait tracer le graphique.

4° La main anesthésique restant toujours inaccessible au regard de l'hystérique, on étend un ou plusieurs de ses doigts et la malade se représente l'image visuelle de sa main dans la position exacte qu'on lui a donnée, de telle sorte que si on lui demande quels doigts sont fléchis et quels sont étendus, elle le dit sans commettre d'erreurs.

De l'ensemble de ces expériences M. A. Binet conclut que « la lésion, de quelque ordre qu'elle soit, qui produit l'anesthésie hystérique, doit avoir son siège dans la couche corticale du cerveau », car, dit-il, « pour qu'une excitation périphérique puisse provoquer non seulement des mouvements, mais des idées, il faut qu'elle puisse atteindre les centres où s'élaborent les idées, c'est-à-dire les centres les plus élevés, les plus complexes de l'encéphale[1]. »

Il me paraît difficile d'accepter sans réserves la localisation proposée par M. Binet. Elle est, en effet, en opposition avec des faits d'observation anatomo-clinique contre lesquels ne sauraient prévaloir les expériences psycho-physiologiques les plus subtiles. On sait pertinemment que les lésions corticales des hémisphères cérébraux ne provoquent jamais certains troubles de la sensibilité qu'on rencontre souvent dans l'hystérie, tandis qu'elles déterminent souvent des phénomènes qu'on n'observe jamais chez les hystériques anesthésiques. L'hémiopie latérale homonyme, par exemple, qu'on n'observe jamais chez les hystériques, est un symptôme très fréquent des destructions limitées de l'écorce, tandis que le rétrécissement concentrique du champ visuel, qui est un stigmate commun de l'hystérie, ne survient jamais à la suite des lésions matérielles de la couche corticale du cerveau.

L'écorce cérébrale n'est donc pas, vraisemblablement, l'organe des anesthésies hystériques. Si elle joue un rôle actif dans la production de ces anesthésies, c'est par voie indirecte, en inhibant plus ou moins complètement les centres sensationnels sous-jacents, c'est-à-dire les centres dont la destruction, par des lésions maté-

[1] Alfred Binet, *loc. cit.*, p. 170.

rielles, provoque des anesthésies semblables aux anesthésies hystériques.

Les expériences de M. Binet n'en sont pas moins très intéressantes, mais elles ne prouvent pas l'intervention exclusive de l'écorce dans la production des anesthésies hystériques. On pourrait, ce me semble, les expliquer en admettant que les excitations sensitives, arrêtées dans les centres basilaires, n'y sont pas totalement éteintes, et que, par voie d'ébranlement collatéral, de dérivation, d'induction ou autrement, elles peuvent encore provoquer quelques réactions dans les centres de l'activité automatique et de l'idéation tout en étant insuffisantes pour donner lieu à des perceptions nettes et conscientes.

QUINZIÈME LEÇON

DES HYPERALGÉSIES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Définition de l'hyperalgésie. Siège des hyperalgésies hystériques. Caractères généraux des douleurs qu'elles provoquent et des affections qu'elles simulent.

II. Examen clinique d'un cas d'arthralgie hystérique du genou. Discussion du diagnostic.

III. Présentation d'une malade atteinte de sacrodynie hystérique. Le testicule douloureux n'est souvent qu'une manifestation de l'hyperalgésie hystérique.

IV. Description de la pseudo-angine de poitrine hystérique.

Messieurs,

Il est peu d'hystériques qui ne signalent, parmi les symptômes les plus pénibles de leur maladie, des douleurs sourdes ou lancinantes, superficielles ou profondes, siégeant sur différents points du corps : sur la tête, la colonne vertébrale, l'abdomen, les membres, les viscères. Ces douleurs n'ont pas toutes les mêmes caractères. Quelques-unes paraissent être de véritables névralgies; mais d'autres (et c'est le plus grand nombre) semblent dépendre d'une perversion particulière de la sensibilité qu'on désigne sous le nom d'*hyperalgésie*.

I

L'hyperalgésie est un trouble de la sensibilité par le fait duquel toutes les impressions sensitives donnent lieu à des perceptions douloureuses. Elle est l'opposé de l'analgésie. Aucune excitation, si violente qu'elle soit, ne peut faire souffrir l'analgésique; toute excitation, si légère soit-elle, est une cause de souffrance pour l'hyperalgésique.

L'hyperalgésie des hystériques peut se localiser sur tous les organes sensibles, sur la peau, les organes des sens, les tissus profonds, les viscères.

L'*hyperalgésie cutanée* est très commune. Elle s'étend quelquefois à toute la surface du corps, mais elle est plus souvent hémilatérale et plus souvent encore disposée en îlots isolés ou disséminés. Elle forme alors des zones, de forme et d'étendue variables, au niveau desquelles la peau conserve sa coloration et sa température normales, mais où la sensibilité est exagérée à tel point que le moindre contact, la plus légère pression, déterminent des douleurs violentes et parfois l'explosion d'attaques convulsives. Sur un bon nombre de malades, la peau est hyperalgésique dans certains points et anesthésique ou analgésique dans d'autres.

Les *hyperalgésies des organes des sens* sont rares; on en a cité cependant quelques exemples, et j'en ai vu récemment un cas très remarquable. Il s'agissait d'une demoiselle de vingt-six ans, fille et sœur d'aliénés, qui, après avoir eu divers accidents hystériques, fut prise d'une telle exagération de la sensibilité visuelle que la lumière lui causait des douleurs atroces. Elle vivait, depuis trois ans, enfermée à la campagne, dans une chambre obscure dont elle ne sortait que la nuit, les yeux protégés par une visière épaisse contre le rayonnement de la lune et des étoiles. Les personnes qui pénétraient, le jour, dans sa chambre noire, devaient être couvertes de vêtements sombres et cacher avec grand soin leur col de chemise et leurs manchettes, parce que le reflet blanc de ces étoffes lui était horriblement désagréable.

Les *hyperalgésies des tissus profonds* occupent surtout les muscles et les articulations. Dans le premier cas, elles provoquent des sensations de courbature assez analogues à celles que déterminent les rhumatismes musculaires; dans le second, elles donnent lieu à des douleurs articulaires exaspérées par les mouvements et pouvant simuler diverses affections organiques des articulations. La coxalgie hystérique, dont Brodie a donné la première description clinique, est le type le plus commun et le mieux connu de ces hyperalgésies articulaires.

Quelquefois, les douleurs hyperalgésiques sont manifestement profondes, mais il est difficile de déterminer exactement sur quel tissu elles siègent. Ainsi on ne sait pas au juste quel est le tissu endolori dans la *céphalalgie hystérique* et particulièrement dans cette forme de céphalalgie à laquelle Sydenham a donné le nom de

clou hystérique : « Quia in certo nec spatioso capitis loco, præcipue vero et creberrime in ejus vertice, sibi suam figit sedem usque adeo stabilem ut clavus ferreus eodem loco alte sibi impactus esse fixusque ægrotis videatur[1]. »

La douleur provient-elle, dans ces cas, des couches profondes de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, des aponévroses sous-jacentes, des muscles, des os de la dure-mère ou des centres nerveux? On l'ignore. Toutes les opinions ont été soutenues, sans qu'on ait pu fournir à l'appui de l'une d'elles des preuves décisives.

Même incertitude relativement au siège exact de la *rachialgie,* de la *pleuralgie,* de la *sternalgie,* de la *sacrodynie,* de la *coccygodynie* et de plusieurs autres variétés de douleurs hystériques.

Parmi les formes les plus importantes des *hyperalgésies viscérales,* il convient de citer : *l'ovaralgie* ou *ovarie,* dont M. Charcot a étudié les caractères chez les hystéro-épileptiques; la *gastralgie* et *l'enteralgie,* dont Sydenham a donné une description concise mais très exacte; le *péritonisme,* dont nous avons à la salle 7 un exemple tout à fait typique; la *cardialgie,* qui donne lieu à des douleurs angoissantes ressemblant à celles qui caractérisent l'angine de poitrine, etc.

Les affections douloureuses décrites par les chirurgiens anglais sous les noms de *sein irritable* et de *testicule irritable* paraissent être, dans un certain nombre de cas, de simples hyperalgésies hystériques du sein ou du testicule.

Les souffrances déterminées par les hyperalgésies hystériques sont très variables. Tantôt ce sont des sensations pénibles et sourdes de constriction profonde, de courbature, de brisement, tantôt des douleurs lancinantes ou térébrantes d'une violence excessive. En général, elles sont modérées quand les organes restent en repos, et même elles s'apaisent complètement pendant la nuit. Mais, en revanche, elles s'exagèrent sous l'influence des mouvements actifs ou passifs, des contacts, des pressions et de toutes les causes d'excitation fonctionnelle. Contrairement aux névralgies vulgaires, elles ne surviennent guère sous la forme d'accès spontanés : leurs exacerbations sont presque toujours provoquées par des excitations accidentelles. Dans la majorité des cas elles ne s'accompagnent d'aucune modification organique de la circulation et de la nutrition des organes endoloris, cependant

[1] David Brockmann, *Dissertatio inauguralis de clavo hysterico.* Halæ, 1751.

elles sont quelquefois suivies de troubles vaso-moteurs ou trophiques qu'il faut bien connaître sous peine de commettre des erreurs de diagnostic regrettables. C'est ainsi qu'elles coexistent parfois avec des tuméfactions œdémateuses rosées ou blanches (Sydenham) ou avec des atrophies musculaires diffuses (Charcot, Babinsky).

Elles sont souvent très instables. D'un instant à l'autre, elles peuvent se déplacer ou se dissiper sans cause connue ou sous l'influence des causes les plus banales. Mais, dans d'autres cas, elles ont une désespérante fixité et restent immuables pendant des semaines, des mois ou des années, quels que soient les traitements dirigés contre elles. C'est alors qu'elles peuvent le plus facilement en imposer au médecin. Si vous voulez avoir une idée de l'importance du rôle qu'elles jouent dans la symptomatologie de l'hystérie, je vous engage à lire les autobiographies des grandes extatiques comme sainte Thérèse, ou des grandes possédées comme Madeleine Bavent; à chaque page vous y trouverez la description des souffrances déterminées par les hyperalgésies hystériques. Lisez également les ouvrages classiques de Sydenham, de Briquet, de Charcot, d'Axenfeld et Huchard, etc.; tous décrivent longuement les accidents passagers ou persistants d'origine hyperalgésique.

L'analyse de quelques exemples concrets va, du reste, vous faire comprendre comment se présentent d'ordinaire les difficultés cliniques soulevées par l'intervention de ces hyperalgésies hystériques.

II

Le jeune femme que vous voyez étendue sur cette couchette, le membre inférieur droit fixé dans une gouttière, est atteinte, si je ne me trompe, d'une *arthralgie hystérique du genou*. J'espère que vous partagerez ma conviction quand je vous aurai mis au courant des détails de son observation.

Observation I. — *Arthralgie hystérique du genou.* — Jeanne Lac... est âgée de vingt-neuf ans. C'est une petite femme brune, alerte, intelligente, qui exerçait, avant d'être malade, la profession de tailleuse.

Ses *antécédents héréditaires* ne paraissent pas être mauvais. Son père et sa mère sont vivants et bien portants; ils ne sont pas sujets à des accidents nerveux; ils sont d'un caractère doux et ne font pas d'excès alcooliques. Ses grands-parents sont morts de vieillesse. Elle ne connaît dans sa famille aucun cas d'aliénation mentale, d'épilepsie ni d'hystérie.

Malgré cela, elle est sujette depuis son enfance à des accidents indiquant une susceptibilité nerveuse excessive. Dès l'âge de quatre ou cinq ans, elle a commencé à avoir, de temps en temps, des accès de douleurs épigastriques, accompagnés de vomissements incoercibles durant plusieurs jours consécutifs; ces accès se sont reproduits à des intervalles plus ou moins éloignés jusqu'à l'âge adulte. Elle a été réglée à treize ans, sans accident. Elle avait alors un caractère violent, emporté, et elle pleurait pour la moindre cause. A dix-neuf ans, un incendie s'étant déclaré chez elle, elle éprouva une frayeur violente, perdit connaissance et eut une grande attaque convulsive que rien ne put arrêter pendant onze heures consécutives (de neuf heures du soir à huit heures du matin). A la suite de cet ébranlement, elle resta encore plus « nerveuse » que par le passé, à tel point que des contrariétés sans importance lui donnaient des « attaques de nerfs ». Mariée à vingt ans, elle eut, presque coup sur coup, trois grossesses qui se terminèrent heureusement. En septembre 1884, elle devint enceinte pour la quatrième fois. Trois mois après, elle commença à ressentir dans les genoux des picotements douloureux. Peu à peu les douleurs augmentèrent, et bientôt les deux membres inférieurs devinrent le siège d'une contracture permanente. Au mois de mars 1885, on entreprit une cure électrique; la contracture se dissipa en quelques jours, la marche redevint possib'e et la grossesse continua régulièrement son cours jusqu'au mois de juin.

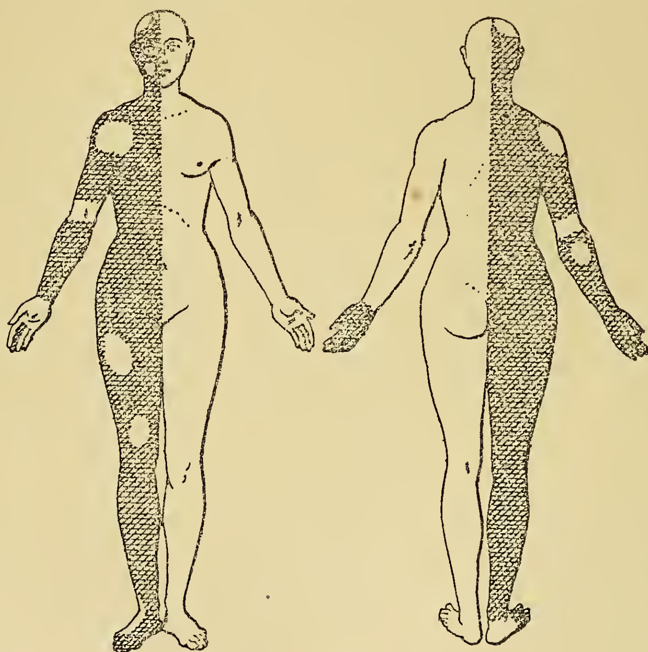
A cette époque, Jeanne se trouvait à la campagne. Un ballon vint atterrir auprès d'elle. Elle fut très effrayée et eut sur-le-champ une grande attaque convulsive. Quand elle reprit connaissance, elle était complètement aveugle et le membre inférieur droit était douloureux et contracturé. La cécité ne dura que quinze jours, mais la douleur et l'impotence du membre inférieur droit persistèrent. L'accouchement, qui eut lieu le 24 octobre, ne modifia pas ces symptômes; la malade n'a pu quitter son lit depuis le mois de juin 1885, c'est-à-dire depuis près de deux ans.

Il ressort clairement des antécédents pathologiques dont je viens de vous donner connaissance, que Jeanne Lac... est une hystérique. Les accidents infantiles auxquels elle a été sujette, l'explosion de plusieurs attaques convulsives à l'occasion d'émotions morales, l'instabilité des contractures qui se sont produites au début de sa dernière grossesse, l'apparition brusque d'une cécité complète à la suite d'une attaque de nerfs et la disparition spontanée de cette même cécité quelques jours après, ne peuvent guère s'expliquer que par l'hypothèse de l'hystérie. Cette hypothèse est du reste confirmée par l'examen objectif de la sensibilité de la malade. Il existe, en effet, chez elle une hémianesthésie du côté droit (*fig. 13*, page 186), un rétrécissement concentrique considérable du champ visuel de l'œil gauche (30° en moyenne), une amaurose complète de l'œil droit, une hypoesthésie tactile et gustative des muqueuses de la langue, des joues et de la voûte palatine; une anesthésie absolue de la muqueuse du conduit auditif externe droit avec affaiblissement de l'ouïe du même côté; une diminution notable de la sensibilité générale et de l'acuité olfactive de la narine droite. De plus, on rencontre sur différents points de son corps des zones spasmogènes,

c'est-à-dire des points dont la pression provoque des attaques convulsives; des zones spasmo-frénatrices, c'est-à-dire des points dont la pression arrête les convulsions. Enfin Jeanne L... est très facilement hypnotisable.

Mais le fait que notre malade est une hystérique n'implique pas cette conséquence que tous les accidents qu'elle présente sont de nature hystérique. Elle pourrait fort bien avoir, à côté et indépendamment de symptômes évidents d'hystérie, une tumeur blanche, une arthrite chronique ou toute autre lésion organique de l'articulation du genou. Pour que nous ayons le

Fig. 13. — Distribution topographique de l'anesthésie cutanée chez Jeanne Lac... L'insensibilité existe sur tout le côté droit du corps, sauf sur quelques îlots épargnés, en blanc dans la figure.
Le côté gauche est sensible partout, excepté sur la face dorsale de la main.



droit d'affirmer qu'elle a une arthralgie hystérique du genou, il faut que les symptômes révélés par l'examen de la jointure malade soient ceux d'une hyperalgésie articulaire ou péri-articulaire, et non ceux d'une tumeur blanche, d'une arthrite chronique ou de toute autre lésion organique de l'articulation. Procédons, sans plus tarder, aux explorations qui doivent servir de base à cette partie de notre diagnostic.

Lorsque la malade est tout à fait immobile, son genou droit est le siège d'une sensation profonde de malaise, de meurtrissure. Cette sensation n'est pas très pénible; elle est plutôt désagréable, agaçante, que douloureuse. Mais aussitôt que Jeanne Lac... cherche à mouvoir son membre inférieur

droit ou qu'on tente d'imprimer au genou correspondant des mouvements passifs, elle éprouve des souffrances aiguës d'une excessive violence. Elle ressent, dit-elle, « comme un déchirement intérieur dans le genou et des milliers de piqûres d'épingles autour de l'articulation ». La douleur s'étend à toute la jambe et remonte jusque vers la hanche. Elle est particulièrement intense au niveau de la face antérieure du tibia, où la malade éprouve la sensation « de gouttes d'eau bouillante pénétrant dans l'intérieur de l'os ». Quand la souffrance est arrivée à son apogée, les muscles de la cuisse sont pris d'un tremblement involontaire qui contribue pour sa part à augmenter les douleurs, et le plus souvent est suivi d'une grande attaque convulsive. Quelquefois la douleur s'apaise lentement, et le calme se rétablit peu à peu sans qu'il y ait eu de convulsions. Rien de pareil ne se produit à la suite des mouvements actifs ou passifs du pied sur la jambe ou de la cuisse sur le bassin. Quand la jambe est maintenue dans la rectitude, on peut frapper sur le talon ou exercer des tractions énergiques sur le pied sans réveiller les douleurs. La marche est tout à fait impossible. Quand la malade est levée, elle n'ose appliquer le pied droit sur le sol. Elle porte tout le poids de son corps sur le membre inférieur gauche. Elle tremble de faire exécuter le moindre mouvement à la jambe droite, et, après quelques secondes, elle supplie qu'on la remette au lit tant la douleur est violente.

L'articulation du genou ne présente ni rougeur, ni tuméfaction, ni déformation apparentes. Les os ne sont pas augmentés de volume; on ne sent pas de fongosités intra-articulaires; les culs-de-sac synoviaux sont vides. La pression du fémur est indolente, celle des tubérosités interne et externe du tibia et celle de la rotule sont au contraire extrêmement douloureuses.

La peau de tout le membre est analgésique. L'épiderme en est rugueux, les ongles ne sont pas dystrophiés. Il faut noter que les ongles des cinq orteils droits sont tombés spontanément dans l'hiver de 1885.

Les muscles de la cuisse et de la jambe du côté droit sont manifestement plus grêles que leurs congénères du côté opposé. Leur amaigrissement est surtout évident au niveau du mollet, dont la circonférence mesure vingt-trois millimètres de moins du côté droit que du côté gauche (mollet droit, $0^{m}232$; mollet gauche, $0^{m}255$).

Si on palpe ces muscles quand le membre est immobile, dans l'extension complète et solidement maintenu sur le lit, on les trouve flasques et inertes. Mais aussitôt que le membre n'est plus dans une position stable, aussitôt qu'il peut se déplacer ou qu'on essaye de le déplacer, tous les muscles de la cuisse et de la jambe entrent en contraction et produisent une fausse contracture qui offre une résistance énergique à tous les mouvements actifs ou passifs de l'articulation du genou.

Je dois ajouter qu'à aucun moment de la maladie la jambe n'a eu de tendance à se fléchir sur la cuisse ou à se rétracter. Elle est toujours restée dans l'extension complète. Si nous avons conseillé l'immobilisation du membre dans une gouttière, c'est pour éviter à la malade les souffrances provoquées par les mouvements accidentels et non pour corriger des attitudes vicieuses qui n'avaient aucune tendance à se produire. Je dois vous

dire aussi que, pour explorer à l'aise l'articulation endolorie, nous avons, un jour, chloroformé la malade et que, pendant le sommeil anesthésique, nous avons pu imprimer les mouvements les plus étendus à sa jambe et à sa cuisse, sans éprouver la moindre résistance et sans provoquer de craquements ni de râclements articulaires.

Tels sont, Messieurs, les symptômes de l'affection locale dont souffre notre malade. Absence de rougeur et de tuméfaction, peu ou point de douleurs spontanées, pas de sensibilité à la percussion du talon, pas de rétraction musculaire ni d'attitudes vicieuses : quelle est, je vous le demande, la lésion organique qui pourrait persister pendant près de deux ans avec cet ensemble de symptômes négatifs ?

Deux signes principaux dominent la situation : ce sont les douleurs atroces réveillées par les mouvements de l'articulation du genou et la fausse contracture des muscles péri-articulaires qui en est la conséquence. Tout le reste est accessoire et pour ainsi dire insignifiant. L'atrophie diffuse des muscles de la cuisse et du mollet n'a, elle-même, aucune importance diagnostique. Elle constitue une complication banale qui peut survenir dans toutes les formes d'affections douloureuses des jointures, qu'elles soient organiques, ainsi que l'ont établi les travaux de M. Valtat[1], ou qu'elles soient purement fonctionnelles, ainsi que cela ressort des recherches récentes de MM. Charcot[2] et Babinsky[3].

Dans ces conditions, le diagnostic s'impose : Nous avons sous les yeux un cas d'hyperalgésie articulaire sans lésions organiques, un cas d'*arthralgie hystérique du genou*.

Dès lors le pronostic est relativement bénin. La guérison est non seulement possible, mais certaine. Elle surviendra un jour ou l'autre, je ne sais quand, peut-être tout à fait subitement.

Pour l'obtenir nous avons déjà tenté, sans succès, plusieurs moyens. Nous en essaierons d'autres, sans nous laisser décourager par l'insuccès des premiers. Nous éviterons seulement les interventions chirurgicales, qui seraient, dans l'espèce, inopportunes et peut-être nuisibles, tandis qu'elles seraient légitimes s'il s'agissait d'une lésion organique de l'articulation[4].

[1] Valtat, *De l'atrophie musculaire consécutive aux maladies des articulations.* Th. doct., Paris, 1877.

[2] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III.

[3] Babinsky, *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques* (*Progrès médical,* 1886, n° 6, et *Archives de neurologie,* vol. XII, 1886).

[4] Deux mois après que cette leçon a été faite, la malade a été vivement contrariée par

III

La sacrodynie est une des formes les plus pénibles de l'hyperalgésie hystérique. Elle est caractérisée par une douleur fixe profonde siégeant dans la région du sacrum, s'exaspérant en général dans la position verticale et constituant, par son intensité et sa persistance, une véritable infirmité.

En voici un exemple :

Obs. II. — *Sacrodynie hystérique.* — Louise L... est une femme de vingt-neuf ans, robuste et jouissant des apparences extérieures de la santé. Elle est née d'un père original et d'une mère franchement hystérique. Elle a toujours été fort impressionnable. Dans son enfance elle avait, sans motifs, des crises de sanglots. Elle s'est mariée à dix-neuf ans et n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches. A vingt-deux ans, une de ses parentes qu'elle aimait beaucoup est morte subitement sous ses yeux. Elle en a été très émue. Elle a eu sur-le-champ des attaques convulsives et du délire. Depuis lors, elle a toujours ressenti dans la région du sacrum une douleur vive ressemblant, à son dire, à celle que font éprouver les rages de dents. Cette douleur se calme à certains moments sans jamais disparaître tout à fait; elle devient quelquefois intolérable. La station verticale l'exagère notablement; aussi la malade reste-t-elle presque tout le temps couchée sur le côté droit.

L'examen de la région douloureuse est presque impossible, la peau qui recouvre le sacrum étant le siège d'une hyperesthésie telle que le moindre contact arrache des cris à la malade et provoque des attaques convulsives. Il ne paraît y avoir cependant aucune tuméfaction des os sous-jacents. L'utérus est absolument sain. La palpation des ovaires est indolente. Comme stigmates de l'hystérie, on constate une hypoesthésie très marquée de la moitié droite du corps et un rétrécissement concentrique notable des deux champs visuels. Le réflexe pharyngien est conservé.

Pour faire passer les douleurs de cette malade, nous avons essayé une foule de traitements (pulvérisations d'éther, suppositoires belladonés, morphinés, bromurés, etc., hydrothérapie, etc.). Aucun d'eux n'a réussi. En désespoir de cause, nous avons voulu tenter la suggestion hypnotique, mais la malade n'a pu être endormie.

le renvoi d'une de ses compagnes de salle à laquelle elle s'était beaucoup attachée. Elle a eu plusieurs séries d'attaques convulsives violentes. Après cela, les douleurs du genou ont diminué d'intensité et les mouvements de la jambe sur la cuisse sont redevenus possibles. Quelques séances de faradisation ont peut-être aidé la guérison. Quoi qu'il en soit, la malade a quitté l'hôpital complètement guérie de son arthralgie.

Nous essayons depuis quelques jours les pulvérisations de chlorure de méthyle. La malade paraît s'en trouver assez bien. J'espère que nous arriverons par ce moyen à lui rendre la vie supportable, mais je ne voudrais pas en donner l'assurance formelle, car la sacrodynie est une des manifestations les plus tenaces de l'hystérie. Elle résiste quelquefois à tout, même à la résection du coccyx.

L'affection douloureuse du testicule, que les chirurgiens ont décrite sous le nom de *testicule irritable*, est quelquefois le résultat d'une névralgie symptomatique des plexus spermatiques; mais dans un bon nombre de cas elle paraît avoir pour cause une simple hyperalgésie hystérique du parenchyme testiculaire. Cette opinion, émise en 1886 par M. Terrillon, devant la Société de chirurgie, a été acceptée par MM. Lucas-Championnière, Bouilly, etc., et paraît gagner chaque jour du terrain.

Un malade de notre service est atteint, je crois, de cette variété de testicule douloureux dépendant de l'hystérie[1]. C'est un homme de trente-neuf ans, enfant trouvé, qui, depuis l'âge de dix-sept ou dix-huit ans, est sujet à des douleurs constrictives violentes siégeant dans les testicules, surtout dans celui du côté droit. Au début, les crises douloureuses ne survenaient qu'à de longs intervalles; plus tard, elles se rapprochèrent, et elles sont aujourd'hui presque continues. Elles sont exagérées par les moindres contacts. Le malade peut à peine se tenir debout et marcher. Aussitôt qu'on essaye de palper le testicule droit, le malade éprouve une douleur profonde, déchirante, qui lui arrache des cris. Cette douleur paraît siéger dans la glande même et s'étendre le long du cordon jusqu'à la région lombaire de la colonne vertébrale. La peau des bourses et de la verge n'est pas hyperesthésique. Les érections et le coït ne provoquent pas les crises douloureuses.

Les stigmates révélateurs de l'hystérie sont, dans le cas actuel, peu importants, mais cependant on en compte quelques-uns: d'abord un double rétrécissement concentrique des champs visuels; puis, des douleurs articulaires pseudo-rhumatismales siégeant au niveau de la tête du péroné gauche et des articulations tibio-tarsiennes, et exagérées par la moindre pression; enfin, un point apophysaire siégeant au niveau des vertèbres lombaires.

Ce malade a été soumis à toutes sortes de traitements médicaux

[1] L'observation est rapportée en détail dans la Thèse inaugurale de M. Carmouze: *Contribution à l'étude de la névralgie testiculaire*, Bordeaux, 1888, p. 26.

et chirurgicaux sans aucun succès. L'an dernier, mon excellent collègue M. Demons lui a sectionné les deux cordons spermatiques, en conservant seulement la continuité des canaux déférents. Cette opération n'a été suivie d'aucun soulagement.

Dans des cas analogues, plusieurs chirurgiens ont pratiqué la castration; mais les douleurs ont souvent persisté après l'ablation des testicules, ce qui prouve bien que l'hyperalgésie n'est pas toujours due à une irritation locale des nerfs de la glande spermatique, mais qu'elle dépend, quelquefois au moins, d'une modification fonctionnelle des centres nerveux sensitifs.

IV

Une des variétés les plus intéressantes de l'hyperalgésie hystérique est celle qui simule l'angine de poitrine. Elle est connue depuis peu de temps. M. Marie a attiré l'attention sur elle, en 1882, à propos de deux observations recueillies dans le service de M. Charcot[1]. En 1887, M. Le Clerc en a réuni dans sa thèse inaugurale trente-quatre exemples provenant du service de son maître, M. Huchard, ou empruntés à divers auteurs[2].

La pseudo-angine de poitrine hystérique survient indifféremment chez l'homme ou chez la femme, mais elle affecte toujours des sujets franchement hystériques, ou tout au moins prédisposés à l'hystérie par leurs antécédents névropathiques.

Elle est surtout fréquente chez les jeunes adultes; cependant, on en a cité des cas chez des enfants de six ans et chez des personnes ayant dépassé la quarantaine. J'en ai vu tout récemment un exemple chez une femme de cinquante-deux ans.

En général, elle reconnaît pour cause occasionnelle la terreur inspirée aux malades par la vue d'une personne de leur entourage atteinte d'angine de poitrine vraie ou de dyspnée cardiaque.

Les accès de pseudo-angine de poitrine débutent le plus souvent sans provocation extérieure, tandis que les vrais accès angineux succèdent habituellement à une marche trop rapide, à un mouvement intempestif, à un effort physique quelconque. Une douleur

[1] P. Marie, *Deux observations d'angine de poitrine dans l'hystérie* (*Revue de médecine*, 1882, p. 339).

[2] Le Clerc, *L'angine de poitrine hystérique*. Th. doct., Paris, 1887. — M. Huchard a étudié la même question dans une série d'articles publiés par le *Progrès médical* de juin et de juillet 1889, sous le titre de : *La pseudo-angine de poitrine hystérique.*

aiguë, partant ordinairement de la colonne vertébrale ou de la région sternale se produit et prend rapidement une grande intensité. Elle s'étend quelquefois vers le cou, vers l'épigastre, vers l'abdomen, vers les membres supérieurs. En même temps, les malades se plaignent bruyamment d'angoisse cardiaque, d'oppression, d'étouffement. Ils déclarent qu'ils manquent d'air, qu'ils vont mourir. Le cœur, d'après la plupart des auteurs, bat avec violence et précipitation; mais il peut aussi, au milieu des accès les plus violents, rester calme, tranquille et régulier.

Ces accès durent de quelques minutes à quelques heures. Ils se terminent d'ordinaire par des sanglots, des éructations gazeuses abondantes et par l'émission d'urines limpides.

Ils se répètent quelquefois avec une périodicité régulière, tous les jours, à la même heure, de préférence dans la soirée ou la première partie de la nuit, et cela pendant plusieurs semaines consécutives. Les médicaments antipériodiques les plus actifs n'empêchent pas leur retour; mais, en revanche, des distractions morales rompent assez souvent la régularité de leur réapparition quotidienne.

Leur nombre est indéterminé; il peut être considérable. Un malade de M. Rigal eut plus de deux cents accès dans l'espace de deux années.

Le diagnostic de la pseudo-angine de poitrine hystérique est en général facile. Pour l'établir d'une façon précise, on tiendra compte des antécédents héréditaires et personnels des malades; on recherchera avec soin les stigmates permanents de l'hystérie; on s'assurera, par un examen régulier, de l'intégrité du cœur et de l'aorte; on étudiera les détails de la symptomatologie des accès, et dans la grande majorité des cas, on arrivera à reconnaître si on a affaire à de l'angine de poitrine vraie ou à de la pseudo-angine de poitrine hystérique. Dans la pratique, ce diagnostic est d'une grande importance, car c'est de lui que dépend le pronostic, et il est tout différent dans l'un ou l'autre cas. L'angine de poitrine vraie est une affection fort grave qui se termine fréquemment par la mort subite, après un petit nombre d'accès. La pseudo-angine de poitrine hystérique, au contraire, est un accident bénin qui ne tue jamais ou presque jamais et qui guérit toujours ou presque toujours, après un temps plus ou moins long.

SEIZIÈME LEÇON

DES HYPERALGÉSIES HYSTÉRIQUES (*suite et fin*).

SOMMAIRE

I. Présentation d'une malade atteinte de péritonisme hystérique. Discussion du diagnostic.
II. Vomissements hystériques incoercibles. Examen d'un cas clinique.
III. Accidents hystériques simulant la méningo-encéphalite chronique. Exemple.
IV. Accidents hystériques simulant la méningite tuberculeuse. Exemple. Diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse vraie et la pseudo-méningite hystérique.

Messieurs,

Les hyperalgésies viscérales d'origine hystérique peuvent simuler une foule de maladies et donner lieu aux erreurs de diagnostic les plus imprévues. Je vous en ai montré plusieurs exemples dans la dernière leçon, je veux vous en soumettre quelques autres aujourd'hui.

I

Voici une malade qui présente les principaux symptômes de la péritonite chronique : elle vomit la plus grande partie des aliments qu'elle ingère; elle a une constipation opiniâtre; son ventre est dur, tendu, ballonné, et si douloureux à la pression qu'il est presque impossible de le palper. Cependant, elle n'a aucune lésion des organes abdominaux; elle n'est atteinte que de *péritonisme hystérique*.

Écoutez son histoire :

Observation I. — Marie Ar..., âgée de vingt ans, est une femme maigre, brune, à allures modestes et timides, cachant sous des dehors patelins une rouerie profonde et des instincts très vicieux.

Ses antécédents héréditaires sont loin d'être irréprochables. Sa mère était violente, brutale et lascive. Son père avait des attaques nerveuses, ressemblant à des attaques de somnambulisme spontané, sur lesquelles nous n'avons pu obtenir de renseignements précis.

Dès l'âge de cinq ans, Marie a commencé à avoir des *crises de gastralgie* qui duraient quelquefois quinze ou vingt jours et s'accompagnaient de *vomissements* continuels. Ces crises survenaient sans causes connues; elles cessaient brusquement, et, dans leurs intervalles, la malade mangeait et digérait très bien.

A neuf ans, elle fut placée dans un orphelinat où elle resta jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Durant son séjour, elle eut plusieurs fois des accidents abdominaux caractérisés surtout par un gonflement énorme du ventre. Une fois, ces accidents la retinrent au lit pendant deux mois consécutifs. Le médecin de la maison déclara alors que l'enfant avait le *carreau*, mais ce diagnostic était évidemment erroné, car la maladie disparut brusquement sans laisser aucune trace.

Vers l'âge de douze ans, Marie commença à se livrer à la masturbation. Elle devint en même temps sujette à des tristesses profondes, sans motifs, avec besoin de sangloter et de pleurer. A cette époque, elle eut une grande émotion morale qui détermina la première attaque d'hystérie convulsive. Elle était sur le point de faire sa première communion, et elle avait caché à son confesseur ses habitudes de masturbation. Au milieu d'un sermon sur l'enfer, qui l'impressionna vivement, elle perdit tout à coup connaissance et resta plusieurs heures en convulsions. Depuis ce jour, elle a eu un très grand nombre d'attaques analogues, soit spontanément, soit à la suite de contrariétés.

A dix-huit ans, elle quitta l'orphelinat où elle avait été élevée et profita aussitôt de sa liberté pour se livrer à un jeune homme qui l'abandonna après l'avoir rendue enceinte. Les attaques convulsives devinrent alors très fréquentes; le ventre se ballonna, les vomissements apparurent, et Marie, repoussée par sa famille et dénuée de moyens d'existence, entra dans notre service après avoir fait un séjour de plusieurs mois dans l'hôpital de Blaye.

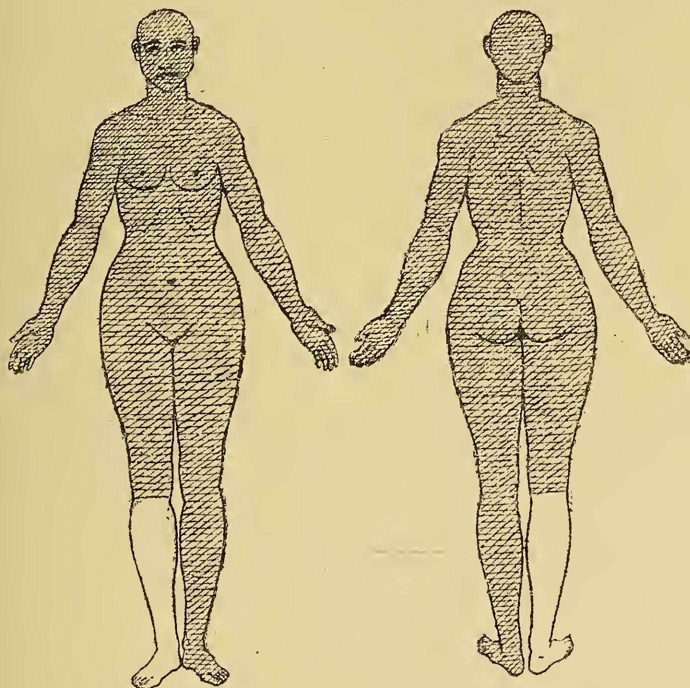
Elle présentait alors, comme elle présente encore aujourd'hui, des stigmates hystériques non douteux : anesthésie totale et complète de presque tout le corps (*fig. 14*), rétrécissement des champs visuels, diathèse de contractures, zones spasmogènes et spasmo-frénatrices disséminées sur différents points de la surface du corps. Elle était, en outre, très facilement hypnotisable.

Avec un pareil cortège de symptômes, il était impossible de méconnaître l'hystérie. Mais vous savez que tous les accidents morbides qui surviennent chez les hystériques ne sont pas nécessairement sous la dépendance directe et exclusive de l'hystérie. — Dans le cas particulier que nous étudions, il se pourrait fort bien

qu'il y eût à la fois des manifestations symptomatiques résultant de l'hystérie et d'autres manifestations symptomatiques résultant de lésions organiques tuberculeuses ou non du péritoine. Théoriquement, cette hypothèse peut être défendue; dans l'espèce, elle est inadmissible.

En effet, si on analyse avec soin les accidents abdominaux dont souffre notre malade, on ne tarde pas à se convaincre qu'ils n'ont que des analogies apparentes avec ceux qui caractérisent les péri-

Fig. 14. — Distribution de l'analgésie cutanée chez Marie A...



tonites chroniques. Premièrement, ils ne s'accompagnent pas de réaction fébrile; deuxièmement, il n'y a pas d'épanchement liquide dans le ventre; troisièmement, l'état général est relativement bon et l'amaigrissement très modéré. Or, une péritonite chronique, évoluant depuis deux ans, aurait certainement donné lieu à des poussées fébriles, à de l'ascite et à une détérioration profonde de l'organisme.

Ces raisons, je l'avoue, ne sont pas absolument convaincantes, et si je n'en avais pas d'autres à vous fournir, je n'oserais pas affirmer

catégoriquement que nous avons affaire à une simple hyperalgésie hystérique de l'abdomen. Mais en voici une qui est de nature à dissiper tous les doutes.

Je vous disais tout à l'heure que Marie était facilement hypnotisable. Elle accepte, dans le sommeil hypnotique, un certain nombre de suggestions. Si, par exemple, on lui affirme qu'elle ne souffre plus du ventre et qu'elle n'en souffrira plus après son réveil, on obtient un apaisement subit de tous les symptômes abdominaux. La tension douloureuse du ventre disparaît. On peut alors déprimer la paroi abdominale, explorer à loisir les organes sous-jacents, percuter le foie et la rate, palper la masse intestinale, et, dans ces conditions, on ne constate ni empâtement profond, ni induration viscérale. Les vomissements eux-mêmes sont supprimés. Malheureusement l'effet de la suggestion n'est pas de longue durée, nous n'avons jamais pu la prolonger au delà de deux ou trois jours. Ce n'est pas assez pour guérir la malade, mais c'est plus que suffisant pour donner au diagnostic la certitude qui lui manquait.

II

Les vomissements incoercibles qui constituent un des principaux symptômes du péritonisme hystérique et qui accompagnent souvent les gastralgies hystériques, surviennent quelquefois sans phénomènes douloureux d'aucune sorte, sans ballonnement du ventre, sans perversions de l'appétit, sans troubles généraux de la nutrition. Ils paraissent dus alors à une hyperesthésie spéciale de la muqueuse gastrique ou à une hyperexcitabilité réflexe de l'appareil nerveux présidant aux fonctions de l'estomac.

Les malades atteints de cette forme de vomissements hystériques éprouvent le besoin de manger; ils mangent sans répugnance, mais à peine ont-ils terminé leurs repas qu'ils le vomissent sans douleurs comme le font les femmes enceintes.

Voici un exemple de cette forme intéressante d'hystérie gastrique :

Obs. II. — *Vomissements hystériques.* — Madeleine M..., âgée de dix-huit ans, est une jeune fille des environs de Libourne, grande, pâle, amaigrie, et qui n'a pas encore été réglée. Elle est entrée il y a huit jours à l'hôpital pour des vomissements incoercibles persistant depuis trois mois.

Son père et sa mère paraissent jouir d'une bonne santé, mais elle a une sœur hystérique et elle-même a eu dès son enfance des accidents

névropathiques non douteux. A trois ans, elle a commencé à avoir des crises de vomissements pendant lesquelles elle vomissait tout ce qu'elle prenait. Chaque crise durait de trois à cinq jours. Dans leurs intervalles, la santé était parfaite, l'appétit excellent, le caractère gai, et l'on ne constatait aucune douleur de la région de l'estomac. Ces accidents se sont reproduits plusieurs fois chaque année jusqu'à douze ans. A quatorze ans, à la suite de petites contrariétés résultant des taquineries de ses compagnes, Madeleine M... commença à avoir des attaques convulsives suivies de pertes de connaissance et de délire somnambulique. Les vomissements reparurent à quinze et à seize ans.

La crise actuelle a débuté il y a trois mois. Sans cause occasionnelle connue, la malade a commencé à vomir après chacun de ses repas. Les aliments, quels qu'ils soient, sont rendus intacts aussitôt après leur ingestion, sans efforts, sans douleurs.

Le ventre est souple, indolent à la palpation.

Les grandes fonctions organiques s'accomplissent régulièrement. Les urines sont peu abondantes, mais renferment une proportion normale d'urée.

La malade a, de temps en temps, de petites attaques de nerfs débutant par une contracture de courte durée des membres inférieurs, suivie de quelques mouvements cloniques et d'une scène de délire hypnotique post-convulsif qui ne se prolonge pas plus d'une dizaine de minutes.

La sensibilité de la peau et des muqueuses est normale. Le réflexe pharyngien est aboli. Les champs visuels ne sont pas rétrécis. La malade n'est pas hypnotisable.

Cette forme de vomissements incoercibles est, en général, bénigne. Elle détermine à la longue un amaigrissement notable, mais elle guérit presque toujours avant d'avoir profondément atteint les fonctions nutritives. Il n'en est pas de même de la gastralgie et de l'anorexie hystériques, dans lesquelles les malades, par crainte de la douleur ou par répugnance invincible des aliments, en arrivent à cesser complètement de se nourrir. Ils peuvent très bien dans ce cas mourir dans le marasme. J'ai déjà vu deux hystériques périr de cette façon.

Le traitement des vomissements hystériques doit être dirigé surtout de manière à frapper l'imagination des malades. Le lavage de l'estomac, l'électrisation de l'épigastre, les pulvérisations d'éther sur la région épigastrique, les vésicatoires, les pointes de feu qui ont donné souvent de bons résultats, agissent surtout par voie psychique. M. Mialet a guéri par suggestion hypnotique une malade de trente-deux ans qui vomissait depuis onze mois[1]. M. Basset

[1] Mialet, *Gazette des hôpitaux*, 1887.

rapporte dans sa thèse inaugurale[1] l'observation d'un homme de cinquante-neuf ans, qui eut pendant cinq ans des vomissements de cette nature. Après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique médicale, on se décida à pratiquer une laparotomie exploratrice. L'estomac et ses annexes ayant été trouvés parfaitement sains, on sutura la plaie, mais on s'efforça de persuader au malade que l'opération avait enlevé la cause du mal. En fait, il cessa de vomir et recouvra rapidement les forces et l'embonpoint qu'il avait perdus.

J'espère que nous n'aurons pas besoin d'avoir recours à des moyens aussi énergiques pour guérir la jeune fille que vous venez de voir. Dans la majorité des cas, en effet, le lavage de l'estomac, les pulvérisations d'éther ou la faradisation épigastrique suffisent pour faire disparaître les accidents[2].

III

La *céphalalgie des hystériques* est habituellement très mobile, et, quoique les malades s'en plaignent vivement, elle ne peut guère inspirer de craintes sérieuses au médecin.

Mais si, comme cela arrive dans quelques cas, elle est à la fois intense et persistante; si, surtout, elle coexiste avec des vomissements, de l'accélération du pouls, des troubles de l'intelligence, des paralysies motrices, etc., il est possible qu'on se méprenne sur sa véritable nature et qu'on attribue à des lésions graves des centres nerveux, particulièrement à des méningites, un ensemble de symptômes dépendant uniquement de l'hystérie.

Cette erreur est loin d'être aussi rare que vous pourriez le supposer de prime abord. On en a rapporté dans ces derniers temps plusieurs observations[3].

[1] Basset, *Des vomissements incoercibles chez les hystériques*. Th. doct., Paris, 1888.

[2] Le lavage de l'estomac pratiqué pendant huit jours n'a eu aucun résultat avantageux. La faradisation épigastrique a, dès la première séance, suspendu les vomissements.

[3] Boissard, *Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie* (*France médicale*, février 1885).

Repère, *Des manifestations hystériques simulant le rhumatisme cérébral*. Th. doct., Paris, 1883.

Dalché, *Accidents hystériques à forme pseudo-méningitique* (*Gaz. méd. de Paris*, 17 janvier 1885).

Reynaud, *Note sur un cas de pseudo-méningite hystérique simulant une méningite tuberculeuse* (*Loire médicale*, 1886).

Macé, *Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques*. Th. doct., Paris, 1888.

En voici une dont les détails ont été recueillis dans le service en 1886.

Obs. III. — *Accidents hystériques simulant une méningo-encéphalite chronique; céphalée persistante; contracture des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche; attaques syncopales et convulsives; délire; agraphie et cécité verbale; guérison.*

Élise X..., âgée de treize ans, est une jeune fille grande, forte, bien constituée, quoique non encore menstruée.

Ses antécédents héréditaires sont mauvais. Son grand-père maternel est mort d'ataxie locomotrice; sa grand'mère maternelle s'est suicidée dans le cours d'une maladie mentale; sa mère est sujette à des accidents hystériques.

Elle-même a eu, dans son enfance, des terreurs nocturnes fréquentes, et vers l'âge de huit à neuf ans, elle a commencé à souffrir de temps en temps de vomissements opiniâtres qui persistaient pendant des périodes de plusieurs jours consécutifs ou même de plusieurs semaines. Ces vomissements avaient lieu très peu de temps après les repas et ne contenaient que des aliments. Ils survenaient sans cause connue et disparaissaient de même. Dans leurs intervalles, l'enfant paraissait très bien portante.

En 1883, Élise fut placée dans une pension. Elle y passa l'année sans être malade, travaillant modérément et n'ayant qu'à se louer de l'affabilité de ses maîtresses et de la bonne amitié de ses compagnes. Pendant les vacances, elle n'éprouva aucune contrariété sérieuse. Le 3 octobre 1884, jour fixé pour la rentrée des classes, elle quitta sa famille sans regrets excessifs. Elle paraissait même, au dire des personnes qui la virent à ce moment, enchantée de reprendre le cours de ses études. Le lendemain, elle fut très gaie et ne se plaignit d'aucun malaise. Le 5 octobre, à trois heures de l'après-midi, au milieu d'une classe, elle perdit tout à coup connaissance et resta inerte, sans convulsions ni contracture, pendant une demi-heure environ. Cet accident se reproduisit à peu près chaque jour, pendant les dix jours suivants, entre trois et quatre heures de l'après-midi. Un médecin distingué, M. le Dr Bernard, qui en a été témoin, raconte que l'enfant était, pendant ces accès, dans un état de résolution musculaire complète, sans qu'il survînt le moindre changement dans la coloration de la face, dans le pouls, dans les mouvements respiratoires. Elle semblait dormir; la figure était calme, les paupières fermées. Aucune excitation ne pouvait la faire sortir de cet état. L'accès finissait brusquement, comme il avait commencé, et la petite malade déclarait qu'elle n'avait aucune conscience de ce qui venait de se passer.

Dans l'intervalle de ces pertes de connaissances, Élise souffrait continuellement de la tête; de plus, on ne tarda pas à s'apercevoir que ses membres inférieurs s'affaiblissaient notablement. A partir du 15 octobre elle fut obligée de garder le lit. Les pertes de connaissance devinrent plus fréquentes et s'accompagnèrent de convulsions générales très violentes. Les deux pieds et les mains devinrent raides, contracturés; des îlots

d'anesthésie et d'hyperesthésie se montrèrent sur différents points du corps. L'état général restait cependant assez bon. Il n'y avait pas de vomissements, pas de fièvre. Le pouls était régulier, l'intelligence nette.

Dans le courant du mois de décembre, la maladie parut s'aggraver. Les maux de tête devinrent plus pénibles. Le pouls fut, à diverses reprises, trouvé lent (48 pulsations) ou irrégulier. Enfin, la malade perdit en quelques jours la mémoire. Les attaques convulsives, de plus en plus fréquentes, se reproduisaient de six à dix fois par jour.

Ces symptômes persistèrent sans atténuation pendant toute l'année 1885. Les parents d'Élise étaient désolés et découragés; ils se décidèrent cependant, sur mes instances, à faire entrer leur enfant à l'hôpital (dans le service des dames payantes), où nous pûmes l'observer tout à loisir pendant les premiers mois de 1886. Elle avait alors régulièrement cinq à six attaques convulsives chaque jour. Chaque attaque s'annonçait par un malaise spécial et par des hallucinations. La petite malade devenait triste, maussade; elle disposait elle-même de son mieux les coussins placés sur son lit, puis elle attendait, les yeux fixes, l'explosion des convulsions. Au début de l'attaque, elle voyait souvent, disait-elle, de petits monstres rouges ou diversement colorés qui venaient piétiner sur le côté gauche de son corps. Alors sa tête s'inclinait vers le côté gauche; elle poussait quelques gémissements étouffés, ses membres étaient pris d'une raideur tétanique générale et elle perdait connaissance. Des convulsions cloniques violentes suivaient la phase tonique. Elles duraient une dizaine de minutes et n'étaient pas suivies d'hypnose post-convulsive.

Dans l'intervalle des attaques, la malade présentait des symptômes permanents, sensitifs, moteurs et psychiques, d'une grande importance pour le diagnostic.

Les troubles sensitifs étaient représentés par une céphalalgie constante et très pénible. Toute la tête était douloureuse et le cuir chevelu était le siège d'une hyperalgésie si marquée qu'il était impossible de peigner la malade. En outre, on constatait une analgésie complète de tout le côté droit du corps, et une hyperalgésie légère de tout le côté gauche *(fig. 15)*. Les organes des sens étaient affectés, les uns d'hyperesthésie (odorat et ouïe du côté droit), les autres d'hypoesthésie (œil gauche). Il existait en outre un léger strabisme interne de l'œil droit avec diplopie intermittente.

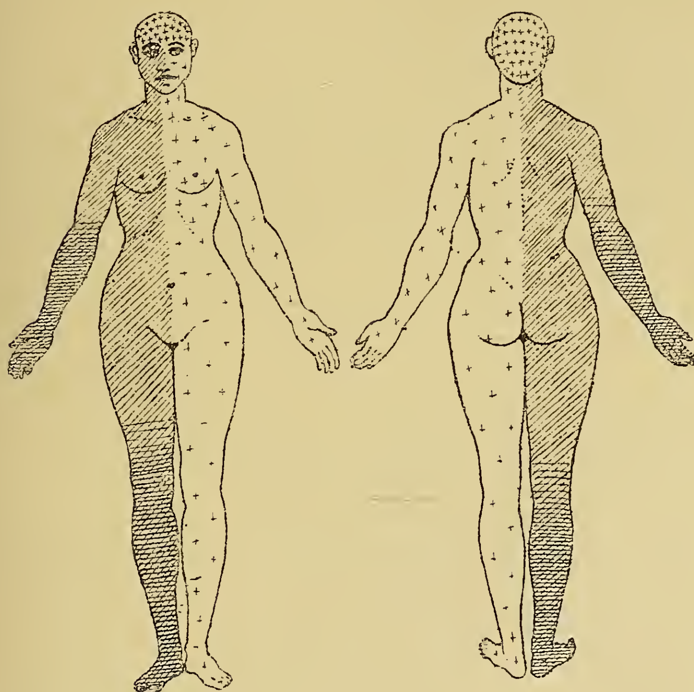
Du côté de la motilité on trouvait : 1° une contracture permanente des trois derniers doigts de la main gauche. Les phalanges de ces doigts étaient dans l'extension forcée, les phalangines et les phalangettes dans la flexion, ce qui donnait à la main la forme de la griffe cubitale. Les mouvements volontaires des doigts contracturés étaient impossibles, ceux du pouce et de l'index étaient conservés; 2° une contracture permanente très marquée de tout le membre inférieur gauche, avec déviation du pied en dehors, et une contracture légère du membre inférieur droit sans déviation du pied. Les masses musculaires des deux mollets étaient très amaigries; celles des cuisses et des membres supérieurs étaient normales.

L'intelligence avait subi une perturbation bien singulière qui ne doit

pas être commune, car je ne me souviens pas d'en avoir jamais observé d'autre exemple : Élise avait perdu le souvenir de la lecture, de l'écriture, de la musique, de tout ce qu'elle avait appris ou connu antérieurement au début de sa maladie ; elle ne pouvait dire son âge, ni le nom de ses frères ; elle avait oublié toutes les personnes et toutes les choses qui n'étaient pas constamment sous ses yeux. Elle parlait cependant avec une très grande facilité, et il était manifeste que l'amoindrissement de sa mémoire n'était pas l'effet d'une déchéance progressive des facultés intellectuelles.

Son caractère était resté vif, enjoué ; elle était affectueuse pour les personnes qu'elle voyait tous les jours et qui lui témoignaient de l'intérêt.

Fig. 15. — Distribution topographique des troubles de la sensibilité cutanée chez Élise B... Hyperalgésie du côté gauche du corps et de tout le cuir chevelu ; analgésie du côté droit.



Elle s'amusait ordinairement à habiller une poupée, ce qu'elle faisait avec un sentiment très juste de coquetterie, ou à coller sur un album des images lithographiées dont elle choisissait les sujets et harmonisait les couleurs avec un goût irréprochable.

Avec tout cela, l'état général était bon. La petite malade mangeait peu, mais régulièrement ; elle ne vomissait jamais. Le sommeil était souvent troublé par des cauchemars. Pas de fièvre, pas d'irrégularités du pouls.

Telle était la situation de la jeune Élise quand ses parents la firent entrer dans le service. En résumé, les principaux symptômes étaient : des attaques de convulsions avec perte complète de connaissance, des contractures permanentes des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche, du strabisme de l'œil gauche, une perte à peu près complète de la mémoire, divers troubles de la sensibilité cutanée, et par-dessus tout une céphalalgie profonde, continue, accompagnée d'hyperalgésie du cuir chevelu.

Tout cela durait, sans amélioration, depuis plus d'un an et faisait craindre l'existence d'une méningo-encéphalite chronique. Après un examen approfondi, je crus pouvoir affirmer qu'il s'agissait simplement d'accidents d'hystérie infantile, ce qui impliquait un pronostic beaucoup moins grave. L'événement prouva l'exactitude de ce diagnostic. Après trois mois d'isolement continu et d'hydrothérapie régulière, les accidents se sont tout à coup notablement amendés. Les attaques convulsives sont devenues moins fréquentes, la céphalalgie a diminué, et en huit jours la petite malade a réappris à lire, à écrire, à calculer. Elle est retournée dans sa famille et, après des incidents qu'il serait trop long de rapporter ici, elle a fini par guérir complètement. Elle jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

IV

Nous avons eu tout récemment dans nos salles un autre exemple de pseudo-méningite hystérique. En voici l'histoire :

Obs. IV. — *Accidents hystériques simulant une méningite tuberculeuse.* — Jeanne Desp., âgée de dix-sept ans, est entrée à l'hôpital Saint-André le 13 novembre 1889.

C'est une grosse fille blonde, d'un tempérament très lymphatique et d'une culture intellectuelle peu soignée.

Ses parents sont bien portants. Ils ont eu huit enfants, mais ils en ont perdu quatre en bas âge, l'un du croup, les trois autres de méningite.

Élevée à la campagne, Jeanne D... a joui jusque dans ces derniers temps d'une bonne santé. Dans le courant de 1889, un de ses frères âgé de douze ans a été atteint de méningite tuberculeuse. Elle l'a soigné pendant toute sa maladie et a assisté à ses derniers moments. Ce spectacle l'a vivement émue. Après la mort de son frère, elle est devenue triste, rêveuse, fantasque, irritable. Cependant elle ne souffrait de rien, et ses parents attribuaient au seul chagrin les modifications qu'ils constataient dans son caractère.

Les choses restèrent dans cet état pendant trois mois. Au bout de ce temps, Jeanne fut prise subitement d'un mal de tête violent, accompagné de vomissements, de constipation opiniâtre et de délire. Je ne sais pas au juste quel diagnostic porta le médecin traitant, mais je suppose qu'il ne songea pas à l'hystérie, car il fit raser la tête de la petite malade et prescrivit une large friction sur le cuir chevelu avec de l'huile de croton tiglium en même temps qu'il ordonnait, à l'intérieur, du calomel à doses fractionnées.

Sous l'influence de ce traitement énergique, les accidents s'amendèrent un peu, mais ils reparurent trois semaines après avec une grande intensité. La céphalalgie devint intolérable, les vomissements très fréquents, le pouls rapide. De plus, la malade devint sujette à des attaques convulsives et elle perdit l'usage de ses membres du côté gauche.

C'est alors qu'on se décida à la transporter à l'hôpital.

Les symptômes qu'elle présentait à ce moment ressemblaient beaucoup, il faut bien l'avouer, à ceux d'une méningite tuberculeuse à évolution lente. Cependant je fus frappé dès les premiers examens de certaines discordances symptomatiques qui me firent porter un tout autre diagnostic.

La malade était habituellement triste; elle avait le front plissé et le regard courroucé qui s'observent d'ordinaire dans la méningite tuberculeuse. Mais elle avait conservé son embonpoint, sa fraîcheur. Elle paraissait heureuse qu'on s'occupât d'elle. Elle répondait avec une certaine vivacité aux questions qu'on lui posait, et semblait, à certains moments, oublier complètement ses douleurs.

Ce n'est pas tout à fait ainsi que se présentent les vrais méningitiques. Amaigris, déprimés physiquement et moralement, ils redoutent qu'on les examine, ils n'aiment pas à parler et ne se complaisent pas à décrire minutieusement leurs souffrances.

La malade se plaignait surtout d'une céphalalgie très intense siégeant sur le sommet de la tête et s'exagérant par le fait des mouvements, des secousses, des efforts. Elle accusait une insomnie rebelle persistant depuis plusieurs semaines. Elle vomissait plusieurs fois par jour, tantôt immédiatement après ses repas, tantôt quelques heures plus tard. Elle mangeait sans appétit, mais en somme elle mangeait. Elle était très constipée. Son ventre n'était cependant pas douloureux à la pression; il n'était pas rétracté comme c'est de règle dans la méningite tuberculeuse.

Le pouls était petit, régulier, assez rapide : 84 à 92 pulsations par minute; mais, fait important dans l'espèce, la température était normale. Les urines étaient claires, abondantes et ne contenaient ni sucre ni albumine.

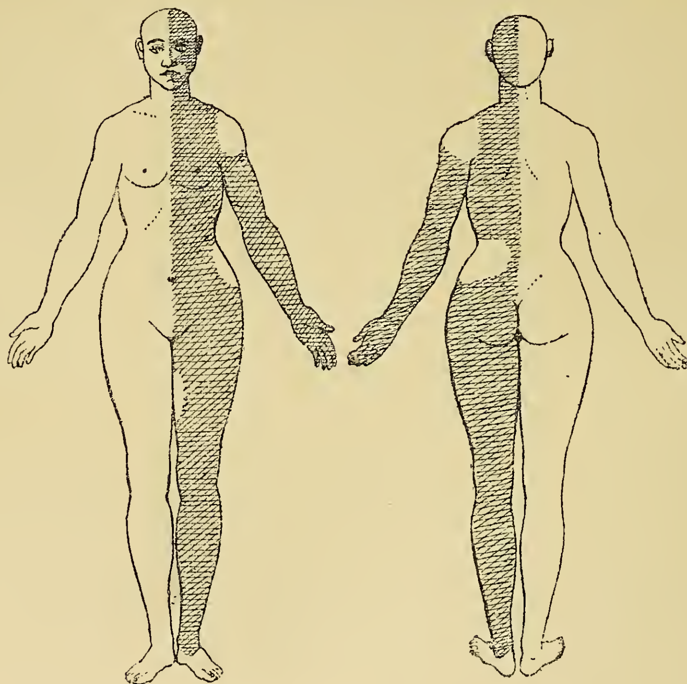
Les membres du côté gauche étaient paralysés; ils ne présentaient ni contracture, ni exagération des réflexes tendineux. La motilité de la face et de la langue était intacte. Il n'y avait pas la moindre paralysie des muscles des yeux, c'est-à-dire des muscles qui sont le plus souvent atteints dans la méningite tuberculeuse, et le plus souvent épargnés dans les hémiplégies hystériques.

De plus, les membres du côté droit avaient conservé intégralement leur énergie de contraction volontaire. C'est ainsi que la main droite donnait

au dynamomètre une pression de 25 kilog., ce qui représente un chiffre élevé pour une jeune fille de dix-sept ans.

Cette conservation de l'énergie dans les membres du côté opposé à l'hémiplégie a, à mon avis, une réelle importance diagnostique et pronostique. J'ai soutenu, en 1882, que, dans l'hémiplégie organique vulgaire, les membres du côté prétendu sain sont toujours plus ou moins affaiblis, et que le degré de leur affaiblissement est directement proportionnel à la gravité de la maladie [1]. Les observations que j'ai eu l'occasion de faire depuis cette époque m'ont confirmé dans cette opinion qui me paraît aujourd'hui tout à fait démontrée.

Fig. 16. — Distribution topographique des troubles de la sensibilité cutanée chez Jeanne Desp..



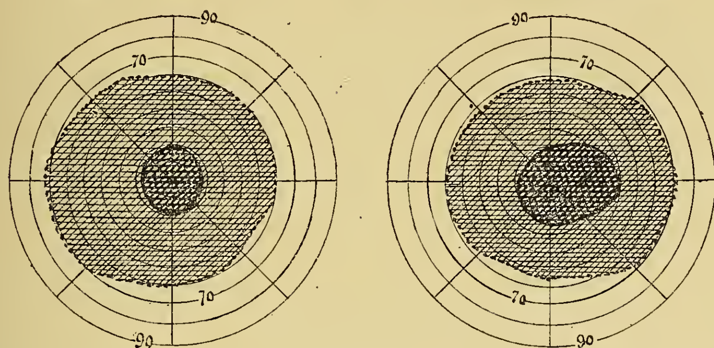
Une autre particularité méritant d'être notée, c'est que chez notre malade le sens musculaire était profondément altéré dans les membres paralysés. Les yeux fermés, elle ne se rendait aucun compte des déplacements qu'on imprimait à ses membres. Or, ce trouble de la sensibilité musculaire, qui est très fréquent dans les paralysies hystériques, est, au contraire, très rare dans les paralysies dépendant des lésions organiques des hémisphères cérébraux.

[1] A. Pitres, *Note sur l'état des forces chez les hémiplégiques* (*Archives de neurologie*, 1882).

L'exploration de la sensibilité révélait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche. Cependant, on constatait çà et là sur quelques points limités du côté gauche, sur l'épaule, sur la hanche, sur la face interne de la cuisse, des îlots épargnés au niveau desquels le contact, le pincement, la piqûre étaient perçus normalement *(fig. 16)*. En outre, le réflexe pharyngien était aboli, et les deux champs visuels étaient rétrécis concentriquement *(fig. 17)*. Les pupilles très dilatées réagissaient normalement à la lumière et à l'accommodation. Il n'y avait pas de névrite optique, pas même d'hyperémie de la papille. Je vous ai déjà dit qu'il n'y avait pas de strabisme.

Les crises convulsives n'avaient pas le caractère des convulsions

Fig. 17. — Champ visuel de Jeanne Desp...
La tache centrale représente les limites du champ visuel de Jeanne D..., le 26 novembre 1889.
Le cercle quadrillé montre son étendue après la guérison, le 22 décembre 1889.



épileptiformes à type jacksonien qui se manifestent habituellement dans les lésions corticales du cerveau. Elles survenaient presque toujours le soir, à la même heure. Elles s'annonçaient par des fourmillements désagréables siégeant dans les membres du côté gauche. Puis survenaient des sanglots entrecoupés, des cris et de grands mouvements d'oscillation pendulaire de la tête et du tronc. La crise se terminait par une scène de pleurs. Jamais il n'y eut, pendant les convulsions, de morsure de la langue ni de miction involontaire.

En présence de cet ensemble de symptômes, je portai le diagnostic de pseudo-méningite hystérique. J'affirmai à la malade qu'elle guérirait dans un laps de temps très restreint et je la soumis à une cure hydrothérapique régulière. En quelques jours les symptômes inquiétants s'amendèrent : la céphalalgie disparut, le sommeil et l'appétit revinrent, les membres paralysés reprirent leur force, l'hémianesthésie se dissipa, l'aire des champs visuels s'élargit notablement *(fig. 17)*, et la malade quitta l'hôpital, complètement guérie, le 22 décembre 1889, après cinq semaines de traitement.

Dans les deux cas dont je viens de vous rappeler les détails, le diagnostic différentiel entre la méningite vraie et la pseudo-méningite hystérique était relativement facile. Indépendamment des particularités et des discordances symptomatiques sur lesquelles j'ai appelé votre attention, deux signes très importants qui existent d'ordinaire dans la méningite vraie et qui manquent presque toujours dans la pseudo-méningite hystérique : la fièvre et le ralentissement du pouls, faisaient défaut.

Ces deux signes ont, dans l'espèce, une valeur séméiologique de premier ordre; mais leur signification n'est pas absolue. Ils ne sont pas toujours présents dans la méningite vraie et ils peuvent exister dans certains cas de pseudo-méningite hystérique. C'est ainsi que la température s'est élevée à 38°8 dans l'observation de M. Dalché, à 39°2 dans une observation citée dans la thèse de doctorat de M. Chantemesse, à 38°6 et à 39°5 dans deux observations de M. Macé. Le ralentissement du pouls est explicitement signalé dans les observations de MM. Boissard (48 pulsations) et Reynaud, et son accélération dans celle de M. Macé (100-110). On n'a jamais, à ma connaissance, constaté son irrégularité.

Quand ces signes coexistent avec les grands symptômes méningitiques : la céphalée, les vomissements, la constipation, les paralysies ou les contractures partielles, etc., le diagnostic devient presque impossible. On peut bien songer à l'hystérie si les malades ont eu antérieurement des accidents névropathiques et s'ils portent quelques stigmates importants de la névrose, par exemple un rétrécissement concentrique des champs visuels, mais rien n'autorise à affirmer que l'hystérie est seule en cause.

Dans les cas de ce genre, un médecin prudent ne doit pas se hâter de formuler un diagnostic ferme. Il n'y a pas d'inconvénient sérieux à réserver son opinion, tandis qu'il serait déplorable de jeter l'alarme dans une famille, en prononçant le mot terrible de méningite, s'il s'agissait d'accidents hystériques curables, ou d'entretenir des espérances décevantes si la maladie devait se terminer par la mort. Mieux vaut paraître timide et dire franchement : « Je ne sais pas, » que se prononcer prématurément et se tromper.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

DES ATTAQUES CONVULSIVES DE L'HYSTÉRIE VULGAIRE

SOMMAIRE

I. Fréquence des attaques convulsives dans l'hystérie masculine et dans l'hystérie féminine. Causes de la première attaque.

II. Description des attaques complètes et régulières de l'hystérie vulgaire : 1° Période præ-convulsive : auras psychiques, sensitives, ovariennes ; 2° Période convulsive : phase tétanique, phase clonique ; 3° Période post-convulsive : hypnose et délire consécutifs.

III. Exemples d'attaques complètes et régulières.

Messieurs,

Les attaques convulsives constituent un des symptômes les plus importants de l'hystérie, et nous ne saurions apporter trop de soin à l'étude de leurs caractères cliniques.

I

Bien qu'elles soient très fréquentes, les attaques convulsives ne font pas nécessairement partie du cortège symptomatique de l'hystérie. Sur les 100 malades traités dans notre service depuis cinq ans, 63 seulement ont eu des convulsions hystériques [1].

Les femmes y sont beaucoup plus sujettes que les hommes. Sur 69 femmes hystériques dont nous avons recueilli les observations, 56 ont eu des attaques convulsives, tandis que 7 hommes seulement, sur 31 malades, en ont été atteints. D'où il résulte que les

[1] La statistique de Briquet semblerait indiquer une plus grande fréquence des convulsions, puisque sur 421 malades observés par cet auteur, 305 (soit 72,44 pour 100) ont été atteints d'attaques convulsives. Mais le relevé de Briquet ne porte guère que sur des cas d'hystérie chez la femme, tandis que le nôtre comprend, à côté de 69 cas d'hystérie féminine, 31 cas d'hystérie masculine.

attaques convulsives se montrent dans la proportion de 82 pour 100 des cas d'hystérie féminine et de 22 pour 100 des cas d'hystérie masculine.

Ces attaques sont habituellement provoquées par des causes accidentelles, particulièrement par des émotions morales. Les recherches de Briquet ne laissent aucun doute à cet égard. Sur 254 malades qui ont pu fournir à cet observateur distingué des renseignements précis sur les conditions dans lesquelles s'est produite leur première attaque, 206 (soit 81 pour 100) en attribuaient l'origine à des émotions vives.

Les faits que nous avons eus sous les yeux confirment absolument les observations de Briquet. Chez presque toutes nos malades, la première attaque convulsive est survenue à la suite de grands ébranlements psychiques.

Cette règle est même si générale qu'on en peut tirer des déductions diagnostiques d'une réelle valeur. Il n'est pas toujours aisé de distinguer les attaques d'hystérie des accès d'épilepsie, surtout quand on n'a pas assisté aux convulsions et qu'on est obligé d'établir son diagnostic d'après le récit plus ou moins incomplet des malades ou de leurs parents. Il faut alors tenir compte de tous les renseignements, rechercher avec soin les circonstances qui ont précédé et provoqué les premiers accidents convulsifs, et s'il est bien avéré que ces accidents se sont développés à l'occasion d'une émotion morale vive, c'est une raison sérieuse pour les rattacher plutôt à l'hystérie qu'à l'épilepsie.

Chez quelques hystériques, les attaques sont rares et ne surviennent guère qu'à l'occasion de circonstances accidentelles analogues à celles qui ont donné lieu à la première explosion convulsive. Mais, dans la plupart des cas, les convulsions, après avoir été provoquées une première fois par des causes bien définies, se reproduisent sous l'influence des incidents les plus futiles ou même sans aucune provocation extérieure. Leur nombre est alors extrêmement variable. Tantôt elles surviennent régulièrement tous les jours, tous les deux jours, toutes les semaines, etc.; tantôt elles arrivent par séries, se répètent à de courts intervalles pendant une ou plusieurs semaines et disparaissent ensuite pour ne plus se montrer pendant des mois ou des années.

Elles se montrent aussi bien dans l'hystérie vulgaire que dans les formes graves de l'hystéro-épilepsie, mais elles s'y présentent avec quelques caractères spéciaux que nous allons étudier.

II

Les premières fois qu'on assiste à des attaques de convulsions hystériques, on est surpris par la violence des contorsions auxquelles se livrent les malades, par la variété et le pittoresque de leurs attitudes, par l'expression tour à tour tragique et grotesque que prend leur visage; mais, dans la confusion des rires et des pleurs, dans le brouhaha des cris et des sanglots, on ne distingue aucune succession régulière.

Les phénomènes qui caractérisent les attaques ne sont cependant pas livrés au hasard; ils se produisent régulièrement, dans un certain ordre; ils sont régis par des lois fixes.

C'est à M. le professeur Charcot que revient l'honneur d'en avoir classé méthodiquement les diverses phases. Les anciens n'avaient vu dans les attaques hystériques qu'un assemblage confus de mouvements désordonnés. Georget et Briquet avaient mieux observé que leurs devanciers les phénomènes prémonitoires des convulsions, mais ils n'avaient pas découvert les règles qui président à l'évolution des convulsions elles-mêmes. M. Charcot a repris et complété leurs descriptions; il a montré qu'on pouvait diviser les attaques hystériques en périodes distinctes et que ces périodes se succédaient toujours dans un ordre régulier et uniforme. Un peu plus tard, M. Paul Richer a consacré au développement des idées de M. Charcot un livre des plus remarquables que je vous engage vivement à lire, si vous ne l'avez déjà fait[1].

D'après les recherches de MM. Charcot et Richer, la grande attaque hystéro-épileptique complète se compose des épisodes suivants :

- I. *Phénomènes prodromiques.* — Auras.
- II. *Périodes de l'attaque proprement dite.*
  - a) Période épileptoïde.
    - 1° Phase tonique.
    - 2° Phase clonique.
    - 3° Phase de résolution.
  - *b*) Période des contorsions ou de clownisme.
    - 1° Phase des attitudes illogiques.
    - 2° Phase des grands mouvements.
  - c) Période des attitudes passionnelles.
  - *d*) Période de délire.
- III. *Accidents terminaux.* — Contracture, paralysie, etc.

[1] Paul Richer, *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie,* 1 vol. in-8°, 2e édition. Paris, 1885.

Il est fort rare que ce cadre soit complètement rempli dans les attaques convulsives de l'hystérie vulgaire. La description de MM. Charcot et Richer est incontestablement d'une irréprochable précision, mais les modèles d'après lesquels elle a été tracée ne sont pas les mêmes que ceux dont nous disposons. Entre la grande hystérie ou hystéro-épilepsie, qui a servi surtout aux études faites à la Salpêtrière, et l'hystérie vulgaire ou petite hystérie, dont vous voyez tous les jours des exemples dans le service, il y a des différences sensibles. Assurément, ces deux affections appartiennent à la même famille naturelle; assurément, elles se touchent et se confondent par bien des points, mais elles ne sont pas identiques dans tous les détails de leurs manifestations. Les attaques convulsives, en particulier, sont ordinairement moins complètes, moins régulières dans la petite hystérie que dans la grande. La même description ne saurait convenir également aux deux. Certaines des phases qui se succèdent régulièrement dans les attaques hystéro-épileptiques manquent complètement dans les attaques de l'hystérie vulgaire. Dans la plupart des cas, de petite hystérie, la période épileptoïde est très atténuée, celle des attitudes passionnelles fait complètement défaut, et la période délirante, quand elle existe, doit plutôt être placée parmi les accidents terminaux que parmi les périodes actives de l'attaque. Aussi, je pense qu'il est inutile de compliquer la description de ces attaques en cherchant à les identifier avec celles de l'hystéro-épilepsie.

En fait, les attaques de l'hystérie vulgaire peuvent être divisées en trois périodes seulement : 1° la période præ-convulsive; 2° la période convulsive; 3° la période post-convulsive. Nous allons passer en revue les phénomènes qui caractérisent chacune d'elles.

1° Période præ-convulsive. — Cette période comprend l'ensemble des prodromes éloignés et prochains de l'attaque. Elle débute avec les premiers malaises prémonitoires et se termine au moment où commencent les convulsions. Sa durée totale est habituellement assez longue; elle varie entre un quart d'heure et plusieurs heures.

Au milieu de la complexité des malaises dont l'ensemble forme le prélude des attaques hystériques, une analyse attentive permet de distinguer habituellement trois stades successifs qu'on pourrait appeler : a) le stade des auras psychiques; b) le stade des auras sensitives; c) le stade de l'aura abdominale.

a) *Stade des auras psychiques.* — Ce sont presque toujours

les troubles psychiques qui ouvrent la scène. Les malades deviennent inquiets, maussades, tristes. Ils se sentent « tout drôles, tout changés ». Ils recherchent la solitude. Ils ont envie de pleurer sans motifs ou de rire sans raison. Souvent, les événements tristes de leur vie passée leur reviennent à l'esprit et les obsèdent. Quelquefois, ils éprouvent le besoin de faire de l'exercice, de dépenser des forces; ils marchent de long en large sans but défini, ou bien ils se livrent avec frénésie à des travaux manuels. D'autres fois, ils se déshabillent et s'étendent sur leur lit, dans la certitude où ils sont qu'une attaque éclatera prochainement.

b) *Stade des auras sensitives.* — Ce stade est caractérisé par l'apparition de douleurs, souvent très vives, siégeant dans différents points du corps, surtout dans ceux où se rencontrent les zones spasmogènes. Ce sont tantôt des élancements dans les membres ou des sensations de constriction violente à la base du thorax ou aux seins, tantôt des serrements à la gorge ou des langueurs d'estomac. Il n'est pas rare de voir survenir en même temps des hoquets incoercibles, des bâillements répétés, des borborygmes bruyants.

c) *Stade de l'aura abdominale.* — Quelques instants seulement avant le début des convulsions, certains sujets sentent très distinctement une boule de la grosseur d'un œuf de poule qui, partant de la profondeur de l'un des flancs, s'agite dans l'abdomen, s'élève vers la région épigastrique où elle cause un malaise indéfinissable et remonte à la gorge où elle détermine une sensation de strangulation des plus pénibles. Cette *aura ovarienne,* qui paraît être à peu près constante chez les hystéro-épileptiques, fait défaut dans plus de la moitié des cas d'hystérie vulgaire. Très souvent, chez nos petites hystériques, la *sensation de boule,* au lieu de partir de la région ovarienne, se détache de l'épigastre.

2° Période convulsive. — Cette période comprend deux phases distinctes : la première de contracture tonique ou épileptoïde, la seconde de convulsions cloniques.

a) *Phase de contracture tonique.* — Cette phase est, en général, dans l'hystérie vulgaire, de très courte durée. Les malades se raidissent un instant; tous leurs membres sont le siège, pendant quelques secondes, d'une rigidité tétanique. Leur cou se gonfle, leur visage devient rouge, leurs veines se distendent, leur respiration s'arrête; puis, tout à coup, une détente subite se produit et les contorsions convulsives éclatent.

b) *Phase des convulsions cloniques.* — Au moment précis où les convulsions débutent, les malades poussent souvent un ou plusieurs cris aigus ou bien ils prononcent quelques paroles entrecoupées : « Oh! j'étouffe! j'étouffe!... Maman! maman! etc. »

Les convulsions cloniques succèdent immédiatement à ces exclamations. Elles sont caractérisées par des mouvements rapides et illogiques dont la variété échappe à toute tentative de description régulière. Tantôt les malades font sur leur lit des sauts de carpe, tantôt ils lancent leurs jambes en haut et en avant. Quelquefois ils agitent leurs bras comme s'ils jouaient du tambour ou faisaient de l'escrime. Souvent ils se tiennent pendant plusieurs secondes recourbés en arc de cercle. Il est fort rare qu'ils cherchent à se lever et à échapper aux personnes qui les maintiennent; mais il est très fréquent qu'ils tombent lourdement hors de leur lit. Pendant ce temps, la respiration est bruyante, irrégulière, le visage est congestionné, mais il n'est pas violacé comme dans les accès épileptiques. Les mâchoires sont serrées. Quelquefois une certaine quantité de salive blanche, spumeuse et non mélangée avec du sang, s'écoule de la bouche.

De temps en temps, les convulsions sont interrompues par des moments d'arrêt, puis, tout à coup, l'agitation reparaît. Dans la plupart des cas, les attaques ne se terminent qu'après un certain nombre de *reprises* analogues.

De temps en temps aussi les petites hystériques prennent, dans le cours de la période convulsive de leurs attaques, des attitudes expressives; elles font des gestes tragiques ou grotesques, leur visage devient tour à tour terrible ou radieux, leur regard triste ou souriant, mais tout cela est accidentel, et il est, en somme, excessivement rare qu'elles se livrent aux pantomimes compliquées qui caractérisent la période dite *des attitudes passionnelles* dans les grandes attaques des hystéro-épileptiques.

En général, les mêmes cris, les mêmes attitudes, les mêmes mouvements se reproduisent uniformément dans les différentes attaques des mêmes malades. Chaque hystérique a son type convulsif plus ou moins complexe, plus ou moins bruyant; mais se répétant toujours avec les mêmes séries d'épisodes, de telle sorte qu'une attaque est la copie fidèle des attaques précédentes.

La durée de la période convulsive est très variable. Dans la majorité des cas, elle oscille entre dix et trente minutes, mais elle peut être beaucoup plus longue.

3° Période post-convulsive. — Quand les convulsions sont terminées, les malades restent, pendant un laps de temps souvent assez prolongé, les yeux fermés, les membres flaccides, dans un état analogue à celui qui s'observe dans le sommeil hypnotique. C'est dans le cours de cette *phase d'hypnose post-convulsive* que se produit le délire. Il commence habituellement quelques minutes après la cessation des mouvements convulsifs. C'est un délire de paroles; les malades s'entretiennent d'ordinaire à haute voix avec un interlocuteur imaginaire, sans faire de gestes. En général, l'entretien roule sur des événements passés. C'est une sorte de rêve parlé se rapportant à des scènes qui ont vivement frappé l'imagination des malades et qui ont laissé dans leur esprit une trace profonde.

Pendant la durée de cette période, les patients sont quelquefois étrangers à ce qui se passe autour d'eux; ils ne répondent pas aux questions qu'on leur pose, rien ne les détourne de la contemplation de l'idée fixe qui les domine. D'autres fois, ils entendent ce qu'on leur dit, y répondent par monosyllabes et reviennent aussitôt à leur rêverie. Dans quelques cas enfin, ils ne prêtent attention qu'aux questions rentrant dans la systématisation délirante qui les obsède; on peut alors se substituer au personnage avec lequel ils croient converser, à la condition de tenir des propos en rapport avec ceux que pourrait tenir ce personnage.

Dans un certain nombre de cas, la période d'hypnose post-convulsive est moins complexe. Il n'y a pas de délire systématisé, mais les malades chantent à tue-tête, ou bien ils rient à gorge déployée, ou bien encore ils pleurent à chaudes larmes, sans qu'on puisse leur faire dire les motifs de cette joie exubérante ou de cette tristesse profonde.

Enfin, le calme se rétablit, le délire cesse et les malades, ouvrant brusquement les yeux, reviennent à l'état de veille normal. Ils restent d'ordinaire pendant quelques secondes comme étourdis; ils se frottent les paupières, regardent avec étonnement les personnes qui les entourent et demandent ce qui vient de se passer.

Quand l'attaque a été de courte durée, ils réparent tout de suite le désordre de leurs vêtements et reprennent sans plus tarder leurs occupations habituelles. Quand, au contraire, les convulsions ont été violentes et prolongées, ils éprouvent un grand sentiment de lassitude qui les oblige à se reposer pendant quelques heures. Ils ne tombent cependant pas dans l'état de sommeil stertoreux qui succède habituellement aux accès épileptiques.

III

La description rapide que je viens de vous faire des principaux phénomènes qui se succèdent dans le cours des attaques convulsives de l'hystérie vulgaire correspond à un groupe important de faits cliniques dans lesquels les attaques se présentent avec tout le cortège de leurs manifestations prémonitoires, convulsives et terminales. A côté de ces cas types, il en est d'autres qui sont incomplets ou irréguliers. Nous les étudierons bientôt; mais auparavant je veux vous montrer par quelques exemples que le tableau que j'ai esquissé devant vous n'est pas une œuvre de fantaisie et qu'il correspond à des observations dont vous pourrez facilement contrôler l'exactitude.

Nous avons précisément en ce moment à la salle VII deux malades sur lesquelles il vous sera loisible de suivre pas à pas l'évolution des attaques, car il ne se passe guère de jours qu'elles n'aient de convulsions à l'heure de la visite; ce sont les nommées Anaïs L... et Élisabeth M...

Observation I. — *Hystérie avec attaques convulsives régulières.* — Anaïs L... est une grande jeune fille de dix-huit ans, brune, intelligente, affectueuse, très vive et très espiègle. Son père est mort aliéné à l'âge de quarante-sept ans. Sa mère, actuellement âgée de quarante-cinq ans, est d'un caractère très irritable; elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, mais elle est sujette à des névralgies intercostales violentes.

Anaïs paraît avoir joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de six ans. A cette époque, elle fut placée dans un couvent. Une de ses maîtresses lui ayant donné l'ordre de fermer une fenêtre, elle monta sur un tabouret pour lui obéir; mais la fenêtre, mal assujettie, se détacha du mur et lui écrasa le deuxième métacarpien droit. Sous l'influence de la frayeur et de la douleur, elle eut immédiatement une grande attaque convulsive qui dura une heure. Une seconde attaque, aussi intense que la première, se produisit quand le médecin plaça la main meurtrie dans un appareil. La plaie guérit, du reste, assez rapidement, et pendant plusieurs années il n'y eut pas d'attaques nouvelles.

A douze ans, les règles s'établirent sans accidents. L'année suivante, Anaïs entra en apprentissage dans un atelier de confection. Un dimanche, elle alla à la messe avec une de ses compagnes. Un homme placé à côté d'elles fut frappé d'apoplexie pendant l'office. Anaïs en fut vivement émue. Le spectacle de cet homme agonisant resta présent à son esprit; pendant deux jours, elle ne put penser à autre chose. Le mardi matin, en

arrivant à l'atelier, elle se sentit indisposée; elle éprouvait des maux d'estomac et une sensation d'angoisse respiratoire, « comme si deux mains de fer lui serraient la poitrine pour l'étouffer ». A neuf heures du matin. elle perdit connaissance et resta trois quarts d'heure en convulsions; puis elle se mit « à chanter comme une folle ». On la transporta chez elle; la crise se calma, mais pour se reproduire les jours suivants avec les mêmes prodromes et les mêmes caractères. Ces accidents durèrent plusieurs mois.

A seize ans, Anaïs eut des troubles de la menstruation et des hémoptysies supplémentaires très abondantes. Sur ces entrefaites, une matrone la livra à un individu qui ne se contenta pas des badinages innocents sur lesquels avait compté la fillette. Cet événement fut suivi d'une nouvelle explosion d'attaques convulsives.

Enfin, il y a quelques mois, Anaïs eut des querelles violentes avec sa mère à propos d'un jeune homme qu'elle voulait épouser. A la suite d'une réprimande plus vive que les autres, les attaques reparurent, si fréquentes et si bruyantes qu'il fallut conduire la malade à l'hôpital.

Ces attaques surviennent toujours dans la journée, et de préférence dans la première partie de la journée, entre sept heures du matin et midi. Fort rarement elles ont lieu l'après-midi; jamais elles ne se sont produites pendant la nuit.

Elles débutent par des malaises qui se font sentir une demi-heure environ avant l'explosion des convulsions. Anaïs L... devient triste, agacée, maussade, impatiente. Elle fuit ses compagnes, recherche la solitude, et, si on vient à lui parler, elle répond sèchement qu'on la laisse tranquille. Un peu plus tard, son ventre se ballonne. Elle éprouve alors de la pesanteur abdominale, des langueurs d'estomac, des douleurs lancinantes ou constrictives dans les membres et dans les seins. Enfin, elle sent une boule qui se détache des profondeurs du flanc gauche et « se tortille dans l'estomac » en provoquant une sensation d'angoisse et d'étouffement très pénible. A ce moment, elle va habituellement préparer son lit et elle se couche, certaine qu'elle est d'avoir une attaque très prochaine. Quelques secondes plus tard ses yeux se ferment et elle a pendant une demi-minute environ des bâillements précipités et des secousses de hoquet. Tout à coup ses membres se raidissent dans une contracture tétanique générale qui dure à peine une seconde, elle pousse un long rugissement et les convulsions cloniques éclatent. Ce sont de grandes contorsions des membres, des coups de poing et de pied lancés à toute volée dans le vide, des mouvements de rotation du tronc. De temps en temps la malade, rapprochant ses talons de sa tête, recourbe son corps en arc de cercle et reste dans cette attitude pendant une ou deux secondes. Durant ces convulsions désordonnées, elle pousse des cris confus : « Je m'étouffe, dit-elle, je m'étouffe! » et, portant les mains à sa gorge, elle arrache les vêtements qui entourent son cou ou déchire avec ses ongles la peau de sa poitrine. A cette période, son visage est congestionné; ses paupières sont fermées et agitées d'un frémissement continuel; sa respiration est anxieuse, précipitée, irrégulière; son cœur bat avec grande violence. De temps en temps les convulsions s'arrêtent, mais pour

reprendre ensuite avec plus de violence. Enfin, dix minutes ou un quart d'heure après leur début, elles cessent définitivement. Quelques secousses de hoquet se produisent; la malade fait une longue inspiration, et la période d'hypnose post-convulsive commence.

Dans cette période, Anaïs est étendue sur son lit, son visage a repris son expression naturelle; sa respiration est calme, régulière; ses yeux sont toujours fermés et ses paupières restent agitées par la petite trépidation qui existait déjà dans la période précédente. Les membres supérieurs sont en résolution, mais les membres inférieurs sont le siège de mouvements réguliers et alternatifs de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin. Ces mouvements ont peu d'amplitude, mais ils s'exécutent avec énergie, et si on cherche à les arrêter de force, les convulsions recommencent. Si, au contraire, on abandonne la malade à elle-même, le calme relatif persiste encore pendant quelques secondes, puis tout à coup Anaïs commence à chanter soit une romance, soit une chanson de café-concert. Sa voix est juste, bien timbrée, agréable, et elle exprime, avec des nuances parfaitement appropriées et des intonations quelquefois très heureuses les sentiments correspondant aux paroles qu'elle chante. Mais quand une chanson est commencée, elle la continue précipitamment jusqu'à la dernière note, et aussitôt après, sans le moindre intervalle de repos, elle en recommence une autre. Les rires, les moqueries, les réflexions des personnes qui l'entourent n'y font rien. Cependant elle n'est pas absolument étrangère à ce qui se passe autour d'elle. Elle entend ce qu'on lui dit; elle répond même par monosyllabes aux questions qu'on lui pose, sans perdre le rythme de son chant. On peut quelquefois obtenir qu'elle passe d'un morceau à un autre. Si on lui dit : « Votre chanson est fort ennuyeuse; chantez-en une autre. — Ah! oui, dit-elle, laquelle voulez-vous? *Les Blés d'or?* » Et elle se met à chanter *les Blés d'or* avec la même conviction et le même enthousiasme qu'elle chantait précédemment *l'Amant d'Amanda* ou *les Oranges de mon étagère*. Cette espèce de *délire musical* dure en moyenne une heure, quelquefois plus, quelquefois moins, puis il s'arrête spontanément. Les mouvements des membres inférieurs cessent aussi, et quelques instants après la malade ouvre brusquement les yeux, se frotte les paupières, promène autour d'elle un regard étonné, comme si elle sortait d'un rêve : l'attaque est terminée.

Il est facile de reconnaître dans cette observation les trois périodes des attaques régulières de la petite hystérie. La *période præ-convulsive* est d'une netteté parfaite. Elle présente même une particularité assez curieuse que je dois vous signaler en passant. Je vous ai dit qu'un instant avant le début des convulsions, Anaïs L... a des bâillements précipités. Eh bien! si on vient à bâiller devant elle à n'importe quel moment de la journée, elle est prise elle aussi, par suite d'un phénomène d'imitation bien connu, de bâillements qui se répètent, en se rapprochant de plus en plus,

une vingtaine de fois et déterminent invariablement une explosion convulsive. Nous avons fait maintes fois l'expérience et toujours avec le même résultat. J'ai vu souvent des personnes nerveuses très incommodées par les bâillements successifs que provoque chez elles la vue d'un voisin bâillant, mais je n'aurais jamais songé, avant de l'avoir constaté *de visu,* que le bâillement pût être classé parmi les phénomènes susceptibles de provoquer sûrement des attaques convulsives chez certaines hystériques.

La *période convulsive* se compose des deux phases habituelles: la première, très courte, caractérisée par une rigidité tétanique de tous les muscles; la seconde, beaucoup plus longue, par des mouvements désordonnés et illogiques des membres et du tronc. Ainsi que cela arrive presque toujours dans l'hystérie vulgaire, il n'y a pas, dans les attaques de notre malade, de phase *des attitudes passionnelles.* Il n'y a même, à aucun moment, de poses expressives pouvant faire croire à l'existence d'une stimulation délirante quelconque.

La *période d'hypnose post-convulsive* se présente avec une complexité peu commune. La coexistence des mouvements uniformément cadencés des membres inférieurs, avec un besoin impérieux de chanter, constitue une étrangeté dont je ne chercherai pas à vous donner l'explication. Le fait capital est de savoir si pendant la durée de cette période la malade est en état de sommeil hypnotique. Or, je crois qu'il ne saurait y avoir de doute à ce sujet. La meilleure preuve que je vous en puisse fournir, c'est que les suggestions sont acceptées avec la plus grande facilité, aussi bien les suggestions à réalisation immédiate que celles à échéance lointaine. Mais cet état hypnotique diffère notablement de celui qu'on provoque, chez notre malade, par la fixation du regard ou par les autres procédés hypnogènes connus. Quand le sommeil artificiel est provoqué par ces procédés, il n'y a ni mouvements cadencés des membres inférieurs, ni délire musical. Bien plus! si pendant que la malade est en pleine période post-convulsive on relève doucement ses paupières, le chant et les mouvements des membres inférieurs s'arrêtent aussitôt et l'on n'observe plus que la série des phénomènes vulgaires de l'hypnose provoquée dans le stade somnambulique les yeux ouverts.

Je ne veux pas insister davantage sur les particularités intéressantes que présentent les attaques d'Anaïs L..., et je passe tout de suite à l'étude de celles de sa compagne Élisabeth M...

Obs. II. — *Hystérie avec attaques convulsives régulières.* — Élisabeth M... est âgée de vingt-trois ans. Sa mère est morte d'une maladie du cœur et son père d'un accident de voiture. La première était d'un caractère indolent; le second était, au contraire, très irascible et il souffrait souvent de migraines et de névralgies. Il avait une tante qui était sujette à de grandes attaques de nerfs.

Vers l'âge de onze ans, Élisabeth commença à avoir des maux d'estomac et des syncopes qui devinrent très fréquentes quelques années plus tard, quand elle commença à se livrer à la masturbation. Elle n'a été réglée qu'à dix-neuf ans.

Elle eut sa première attaque convulsive à vingt ans, dans les circonstances suivantes : elle s'était rendue chez son amant, et pendant qu'elle se livrait à lui, la mère du jeune homme rentra à l'improviste dans son logement. Élisabeth, affolée, ne put réussir à se cacher et elle eut sur-le-champ une attaque de nerfs des plus violentes. Depuis lors, elle a eu maintes fois des convulsions hystériques, tantôt à l'occasion d'émotions morales, tantôt sans cause immédiate.

A diverses reprises, elle a eu, à la suite des crises convulsives, des contractures permanentes des membres. Elle présente depuis longtemps une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche; elle est facilement hypnotisable. Elle est dans le service depuis trois mois environ, et ses attaques, qui sont très fréquentes, se présentent toujours avec les mêmes caractères.

La *période præ-convulsive* est habituellement fort longue; elle dure en général de deux à huit ou dix heures. Elle débute par des modifications du caractère : quelquefois la malade devient d'une gaîté exubérante, elle rit de tout, recherche des amusements enfantins, tient des propos légers; quelquefois, au contraire, elle s'ennuie, pleure pour les motifs les plus futiles et voit tout en noir. La pensée du suicide l'obsède, et un jour, dans le cours de cette période prémonitoire des attaques, elle a avalé, pour mettre fin à ses jours, un verre d'eau dans lequel elle avait essayé de faire fondre une quarantaine d'allumettes chimiques. En même temps que ces troubles psychiques, surviennent des douleurs de ventre et des maux de tête. Les douleurs de ventre sont diffuses et caractérisées par une sensation de rongement profond très pénible. Les douleurs de la tête sont contusives et limitées à la moitié gauche du crâne. « Il me semble, dit la malade, qu'on me donne des coups de marteau sur la tempe gauche. » Quand l'attaque doit être peu violente, il n'y a pas d'autres prodromes éloignés, mais quand les convulsions doivent être intenses et prolongées, des symptômes nouveaux se produisent. Ce sont des envies de vomir, des bâillements prolongés, des secousses de hoquet convulsif, des vertiges, de la diplopie, des langueurs d'estomac et des lipothymies. Les membres sont le siège de « crispations » pénibles; les seins sont endoloris, « comme si on les serrait avec une corde »; enfin une sensation particulière de torsion se produit dans les deux flancs, dans le bas-ventre et dans la région épigastrique. A ce moment, la malade se couche habituellement sur le ventre parce que cette position paraît sou-

lager ses douleurs; mais l'apaisement obtenu est de courte durée, car lorsque les choses en sont arrivées à ce point, les convulsions ne tardent pas à éclater.

La *période convulsive* débute tout à coup par une raideur tétanique des membres, suivie aussitôt de mouvements cloniques désordonnés. La malade s'agite, lance ses membres dans tous les sens, exécute brusquement des sauts de carpe, s'arrache les cheveux, se courbe en arc de cercle, en poussant de loin en loin des cris étouffés qui semblent arrachés par des hallucinations terrifiantes : « Ah! mon Dieu!... Le cercueil!... La morte!... Oh!... le feu!..., etc. » Pendant ce temps, le pouls est rapide, la respiration anxieuse, le visage rouge; les yeux restent fermés; il n'y a pas d'attitudes passionnelles.

Cette agitation persiste pendant une minute environ, puis elle cesse pendant quelques secondes pour recommencer de nouveau. Après une quinzaine de reprises successives, les convulsions s'arrêtent définitivement et la malade tombe dans la résolution. C'est la *période d'hypnose post-convulsive* qui commence. Durant cette période, on n'observe aucun phénomène particulier en dehors des symptômes habituels du sommeil somnambulique. Il n'y a pas de délire spontané, pas de chants, pas de scènes mimées. La malade répond aux questions qu'on lui pose, elle accepte les suggestions, elle est, en un mot, dans un état identique à celui qu'on provoque artificiellement chez elle par la fixation du regard, par l'audition d'un bruit monotone, ou par le moyen des autres procédés hypnogènes connus. Quelquefois, au lieu de rester dans l'état somnambulique, elle tombe dans l'état léthargique. Ses membres sont alors flaccides, incapables d'aucun mouvement volontaire; elle paraît indifférente à toutes les excitations extérieures; elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse; elle est inerte comme une morte.

Après un laps de temps variable entre une demi-heure et une heure, le sommeil hypnotique cesse tout à coup. La malade ouvre les yeux, regarde avec étonnement les personnes qui l'entourent, comme si elle n'avait aucun souvenir de ce qui vient de se passer, et rajuste ses vêtements pour reprendre aussitôt ses occupations habituelles.

Telles sont, Messieurs, les attaques complètes et régulières de l'hystérie vulgaire ou petite hystérie; nous étudierons dans la prochaine leçon leurs formes frustes et anormales.

DIX-HUITIÈME LEÇON

DES ATTAQUES CONVULSIVES FRUSTES ET ANORMALES

SOMMAIRE

I. Attaques convulsives incomplètes : *a*) par absence de la période prodromique ; *b*) par absence d'hypnose consécutive ; *c*) par absence des périodes præ et post-convulsives.

II. Attaques convulsives anormales. Description de quelques variétés.

III. Rapports de l'hystérie et de l'épilepsie ; hystéro-épilepsie à crises distinctes.

IV. Éléments du diagnostic différentiel entre les attaques hystériques et les accès épileptiques.

Messieurs,

Chacun des phénomènes qui se succèdent dans le cours des attaques hystériques régulières peut survenir isolément à titre d'*équivalent clinique* de l'attaque complète. C'est ainsi qu'on décrit, avec raison, des attaques de *bâillements,* de *sanglots,* de *hoquets,* de *délire,* de *sommeil,* etc. Mais ces *attaques larvées* (que nous étudierons en temps opportun) ne sont pas des *attaques convulsives* et pour le moment nous avons seulement à nous occuper des *formes irrégulières des convulsions hystériques.*

A ce point de vue, les attaques convulsives de l'hystérie peuvent être divisées en *incomplètes* et *anormales.* Elles sont dites *incomplètes* quand l'une ou l'autre des périodes qui accompagnent habituellement les convulsions fait totalement défaut, et *anormales* quand les phénomènes convulsifs, atténués ou modifiés dans leurs apparences symptômatiques, présentent des caractères très différents de ceux qu'ils revêtent dans les attaques régulières.

Commençons par étudier les attaques incomplètes.

I

Il existe trois variétés distinctes d'attaques convulsives incomplètes. Dans la première, la période præ-convulsive fait seule défaut; dans la deuxième, la période post-convulsive est seule absente; dans la troisième, les périodes præ et post-convulsives manquent toutes les deux. En d'autres termes, il y a des attaques hystériques composées de prodromes et de convulsions sans hypnose consécutive; d'autres sont constituées par des convulsions et de l'hypnose consécutive sans phénomènes prémonitoires; d'autres, enfin, sont uniquement formées par des convulsions qui éclatent sans avoir été précédées de prodromes et qui se terminent sans être suivies de sommeil hypnotique. Nous avons dans nos salles des exemples de chacune de ces variétés.

a) *Attaques convulsives incomplètes par absence de la période prodromique.* — Cette variété des attaques hystériques est relativement rare. Chez la plupart des malades, les convulsions sont précédées par les prodromes complexes que nous avons analysés dans la dernière leçon. Mais dans quelques cas exceptionnels elles débutent soudainement sans qu'aucun symptôme précurseur ait permis de prévoir leur explosion prochaine. Un de nos hystériques mâles est sujet à des attaques de ce genre. Voici le résumé de son observation :

OBSERVATION I. — *Hystérie avec attaques convulsives débutant sans auras.* — Cab..., âgé de vingt et un ans, est un garçon vigoureux, d'une constitution robuste, n'ayant pas du tout les apparences féminines qu'on considérait jadis comme un des symptômes habituels de l'hystérie masculine. Son *père*, âgé de cinquante-neuf ans, jouit d'une bonne santé; sa mère, d'une violence excessive, a été enfermée en 1877 dans une maison d'aliénés pour un accès de manie aiguë. Cab... a toujours été « violent et emporté comme sa mère ». Vers l'âge de quatorze ans, il a été incommodé par un hoquet persistant, qui a résisté pendant six mois consécutifs à une foule de traitements. A dix-sept ans, après une altercation avec ses parents, il quitta la maison paternelle et se fit matelot. Quelques années plus tard, à la suite d'une querelle futile dans laquelle il blessa grièvement une personne, il eut peur d'être poursuivi et s'engagea dans la légion étrangère.

Jusqu'en 1884 sa santé ne laissa rien à désirer; il ne faisait du reste, aucun excès de boisson ni de femmes.

Le 12 avril 1884, à l'affaire de Hong-Hoâ (Tonkin), il reçut une balle morte sur la région temporale gauche. Il perdit connaissance sur le coup et les jours suivants il fut en proie à un délire violent. La plaie n'était cependant pas très grave; il n'y avait pas de fracture du crâne; les téguments seuls étaient le siège d'une meurtrissure qui guérit rapidement.

Néanmoins, à partir de cette époque, Cab... devint sujet à des maux de tête fréquents, à des cauchemars pénibles et même à des hallucinations terrifiantes dans lesquelles il se croyait toujours attaqué par des Chinois. Il avait, dit-il, les idées troublées; il était comme aliéné, ne se rappelant de rien, ne faisant attention à personne, oubliant les affaires du service et négligeant de saluer les officiers qui passaient auprès de lui. Renvoyé en Afrique dans le courant de 1885, il éprouva tout d'abord une légère amélioration, mais le 28 décembre 1885 il eut subitement, au milieu d'une rue d'Oran, une grande attaque convulsive, avec perte complète de connaissance, suivie d'une paralysie flaccide et prolongée du membre supérieur gauche. A partir de ce moment, il eut très fréquemment des attaques analogues. A leur suite, il avait tantôt des rétentions d'urines, tantôt du mutisme, tantôt de la cécité, tantôt des contractures des membres. Rapatrié en France pour ces accidents, il fut admis à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot. Les attaques survenaient alors jusqu'à dix et douze fois par jour. Elles étaient quelquefois annoncées par des vertiges et par la sensation d'une boule qui partait de l'abdomen et remontait vers la gorge. Après un traitement régulier qui ne se prolongea pas moins de trois mois et demi, le malade quitta Paris assez bien rétabli pour entreprendre un voyage au Brésil. La première partie de la traversée se passa sans incidents, mais au retour les attaques reparurent, et Cab... entra dans notre service aussitôt que son navire fut arrivé à Bordeaux. J'ai déjà eu l'occasion de vous montrer à diverses reprises cet intéressant malade. C'est sur lui en particulier que nous avons étudié le phénomène de la thermoanesthésie et analysé les troubles de la motilité résultant de la perte de la conscience musculaire (leçon X, page 115). Je n'en finirais pas si je voulais vous raconter tous les accidents qu'il a présentés depuis son entrée à l'hôpital, mais je dois vous indiquer avec quelques détails comment évoluent ses attaques.

Elles sont remarquables par la soudaineté de leur début. Aucun malaise prémonitoire, aucune sensation prodromique précise ne les précèdent. Le malade est frappé inopinément au milieu d'une conversation, d'une promenade, d'un repas, etc. Il ne pousse pas de cri initial comme les épileptiques vrais; mais, comme eux, il tombe lourdement et tout d'une pièce. En général, la chute a lieu sur le côté droit. Au moment où elle se produit, les muscles sont déjà le siège d'une rigidité tétanique générale qui persiste pendant quelques secondes. Puis le tronc et les membres s'agitent dans des convulsions cloniques désordonnées pendant quatre à cinq minutes. Après cela, le malade se relève; il se dirige en titubant et avec un air égaré vers le chevet de son lit; il s'assoit sur une chaise, appuie son visage sur son oreiller et se met à sangloter et à pleurer à chaudes larmes, sans qu'il soit possible de savoir le motif de sa tristesse, car il ne répond

pas aux questions qu'on lui pose et paraît tout à fait étranger à ce qui se passe autour de lui. Cette scène de larmes dure un quart d'heure environ. Quand elle se termine, le malade paraît sortir d'un rève; il regarde avec stupéfaction les personnes qui l'environnent, s'enquiert de ce qui vient de se passer et reprend aussitôt le courant de ses occupations ordinaires.

b) *Attaques convulsives incomplètes par absence d'hypnose post-convulsive.* — Vous pourrez étudier cette variété d'attaques incomplètes sur Émilie M..., âgée de vingt et un ans et entrée ces jours-ci dans notre service avec du mutisme hystérique qui s'est dissipé rapidement. Une heure environ avant l'explosion des convulsions, elle se sent agacée, irascible, nerveuse. Elle éprouve une lassitude générale, accompagnée de douleurs contusives dans les membres. Elle quitte son travail, ne peut rester assise, se promène de long en large, et finalement va s'étendre sur son lit. La *période convulsive* commence par une contracture tétanique générale qui dure près d'une minute. Le cou se gonfle, la face devient rouge, les yeux sont convulsés en haut et à gauche; la respiration est arrêtée, il semble que la malade soit menacée d'asphyxie. Tout à coup elle pousse deux ou trois cris aigus et elle commence à faire des contorsions illogiques, à se rouler dans tous les sens, à se placer en arc de cercle, à lancer follement ses bras et ses jambes dans le vide. Cette phase dure de quinze à vingt minutes, puis, tout à coup, sans transition, les convulsions s'arrêtent, la malade reprend connaissance; elle ouvre les yeux et demande de l'eau fraîche pour se laver le visage. Ses attaques ne diffèrent donc des attaques complètes de l'hystérie vulgaire que par l'absence de la période terminale ou période d'hypnose post-convulsive. Des trois actes qui se succèdent régulièrement dans les attaques complètes, c'est, du reste, le dernier qui fait le plus souvent défaut, et je pourrais vous signaler plusieurs de nos malades chez lesquelles les attaques se composent uniquement, comme chez Émilie M..., d'une période prodromique et d'une période convulsive.

c) *Attaques incomplètes par absence des périodes præ et post-convulsives.* — Dans cette variété d'attaques les convulsions existent seules; elles surviennent brusquement sans être précédées de prodromes; elles cessent tout à coup sans être suivies d'hypnose post-convulsive. Rose D... a des attaques hystériques réduites à ce degré de simplicité.

Elles ne sont précédées par aucun prodrome : pas de changement d'humeur, pas de sensations douloureuses dans les membres, pas d'aura ovarienne. Tout à coup, la malade perd connaissance; ses membres se raidissent et restent rigides pendant quelques secondes; puis elle pousse un grand cri et se livre à des contorsions indescriptibles pendant huit à dix minutes. Au bout de ce temps les convulsions s'arrêtent, la malade ouvre brusquement les yeux et l'attaque est terminée.

II

Les attaques convulsives anormales peuvent revêtir les apparences les plus variées. Quelquefois les phénomènes convulsifs sont représentés seulement par quelques secousses musculaires irrégulièrement disséminées, d'autres fois ils prennent la forme de mouvements systématisés et coordonnés ou bien de spasmes rythmiques.

Dans un certain nombre de cas, les convulsions se mêlent à des manifestations hypnotiques ou délirantes et donnent lieu à des formes très étranges d'attaques hystériques. J'ai donné récemment des soins à une dame qui était prise chaque soir des convulsions les plus singulières. Elle tombait subitement en léthargie et toutes les cinq ou six minutes elle s'élançait hors de son lit, sautait avec une agilité surprenante sur les meubles placés devant elle, courait d'un bout à l'autre de sa chambre sans dire une parole et retournait sur son lit où elle tombait de nouveau en résolution léthargique. Cela durait pendant deux ou trois heures consécutives.

Les attaques étaient plus complexes encore et plus étranges chez une autre de mes malades dont voici l'histoire en quelques mots :

Obs. II. — *Hystérie avec attaques convulsives anormales.* — Mme X..., âgée de trente-trois ans, est la fille d'un père violent et d'une mère hystérique. Elle a toujours été très impressionnable et d'une grande mobilité d'humeur. Mariée en 1872, elle a eu deux enfants. En 1877, elle a eu une première attaque d'hystérie en se faisant arracher une dent. Deux ans plus tard, un de ses enfants étant mort d'une entérite tuberculeuse, elle eut une seconde attaque convulsive suivie d'une période d'agitation pendant laquelle elle dansait et riait aux éclats. En 1880, elle eut une troisième attaque en apprenant la mort d'une de ses amies. En 1885, son mari fut atteint de tuberculose pulmonaire. Elle le soigna avec un admirable dévouement, et malgré tout ce qu'on put lui dire sur la gravité de son état, elle conserva

jusqu'au dernier moment l'espérance de le voir guérir. Quand il eut rendu le dernier soupir, elle poussa un grand cri, perdit connaissance et resta pendant une heure immobile, les membres contracturés; puis elle eut un accès de fou rire et se livra à toutes sortes d'extravagances.

Depuis cette époque, Mme X... est sujette à des attaques spontanées qui se répètent plus ou moins souvent, mais toujours avec les mêmes caractères. Voici comment se passent les choses. Quand elle doit avoir une attaque, elle sent dès le matin des fourmillements dans les membres, un agacement indescriptible, un sentiment de lassitude générale tout spécial, avec des bâillements répétés et un grand besoin de sommeil. Cet état dure toute la matinée. Vers une heure de l'après-midi, les malaises augmentent, et subitement une contracture tétanique violente s'empare de tous les membres. Pendant deux heures consécutives les muscles restent rigides, immobiles. Au bout de ce temps, la malade commence à faire quelques grimaces, à grincer des dents et à marmotter quelques paroles indistinctes. Peu à peu la contracture se dissipe, la parole devient plus intelligible, les phrases se succèdent avec logique, et, en les écoutant, on se rend fort bien compte qu'elles correspondent à une scène délirante très précise. En général, elles se rapportent à des événements de la vie passée de la malade et particulièrement à des événements dans lesquels son mari a joué un rôle actif. Un jour, par exemple, dans cette période de son attaque, Mme X... s'écrie : « Ferdinand! Ferdinand!... Mais tu vas te noyer!... Vite, un bateau... Dépêchez-vous d'aller à son secours... Vous ne voyez donc pas qu'il va se noyer... Plus vite... Plus vite... », et joignant les gestes à la parole elle s'agite sur son lit et exécute des mouvements semblables à ceux que fait le batelier pour ramer. Tout cela correspond à une scène émouvante dans laquelle le mari de Mme X..., Ferdinand, faillit être emporté par le courant pendant une inondation. D'autres fois le délire roule sur des faits récents qui ont impressionné la malade ou frappé son imagination. Dans tous les cas la phase délirante dure vingt minutes environ et se termine tout à coup par une sorte de réveil brusque, après lequel Mme X... ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant l'attaque.

Enfin, Messieurs, pour terminer l'énumération des variétés des attaques convulsives anormales des hystériques, je dois vous dire que chez quelques malades les convulsions ressemblent absolument à celles qui caractérisent l'épilepsie partielle[1] ou le grand mal comitial. Assurément ces variétés épileptiformes des convulsions hystériques sont rares, mais il importe de savoir qu'on peut les rencontrer pour éviter, le cas échéant, des erreurs de diagnostic. Cela me conduit à vous parler des rapports de l'hystérie et de l'épilepsie.

[1] Voyez à ce sujet : Ballet et Crespin, *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle* (*Arch. de neurol.*, 1884). — Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1887, t. III, p. 278.

III

La plupart des auteurs modernes considèrent l'hystérie et l'épilepsie comme deux névroses complètement distinctes. La doctrine ancienne, d'après laquelle l'hystérie se combinerait avec l'épilepsie pour former une espèce hybride méritant le nom d'hystéro-épilepsie, est abandonnée par la grande majorité des cliniciens. Le mot d'*hystéro-épilepsie,* détourné de sa signification primitive, ne sert plus à désigner aujourd'hui que les formes graves de l'hystérie convulsive, particulièrement celles dans lesquelles les mouvements désordonnés du tronc et des membres sont précédés par une période de convulsions toniques semblables à celles qui s'observent au début des accès épileptiques. En réalité, l'hystéro-épilepsie est une forme de l'hystérie; elle n'emprunte à l'épilepsie que des apparences symptomatiques grossières; elle n'est pas de nature épileptique [1].

Tout le monde reconnaît, du reste, que si l'hystérie et l'épilepsie ne se combinent pas, elles peuvent cependant s'associer. Rien n'empêche qu'un même malade soit à la fois hystérique et épileptique; cette association n'est même pas extrêmement rare. Mais dans les cas de ce genre, les deux névroses conservent leur indépendance nosologique; elles évoluent séparément, chacune avec son cortège propre de symptômes et de complications, chacune avec ses accidents spécifiques. Les malades atteints d'hystérie et d'épilepsie ont alternativement des attaques hystériques franches et des accès épileptiques vrais, sans qu'il y ait fusion des deux maladies en une forme convulsive mixte tenant à la fois de l'hystérie et de l'épilepsie.

Les anciens croyaient aussi que l'hystérie et l'épilepsie, appartenant à la même famille pathologique et ne différant en somme que par le degré des accidents, étaient susceptibles de se transformer l'une en l'autre [2].

[1] Voyez à ce sujet: Charcot *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. I, XIIIe leçon, sur *l'hystéro-épilepsie.*

[2] Van Swieten dit : « Interim tamen affinia admodum hæc mala sunt et passio hysterica sæpius observata fuit in epilepsiam mutari. » Georget exprime la même opinion dans les termes suivants : « L'épilepsie a une telle ressemblance avec la cérébropathie spasmodique ou prétendue hystérie que celle-là n'est qu'un degré plus avancé de celle-ci. Outre l'analogie qui existe entre leurs caractères, la transformation de l'une en l'autre ne laisse aucun doute sur la vérité de cette assertion. »

Cette opinion est en opposition formelle avec la majorité des faits cliniques; cependant, il faut avouer qu'on rencontre de loin en loin des exemples qui semblent la confirmer. Je connais une dame de quarante ans dont l'histoire est, à ce point de vue, très instructive. Cette dame, qui appartient à une famille de névropathes, a joui jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans d'une bonne santé. A cette époque, elle eut, à la suite d'une frayeur, des accès convulsifs avec perte de connaissance, cri initial, morsure de la langue, miction involontaire et sommeil stertoreux consécutif, que les médecins consultés considérèrent comme étant de nature épileptique. Elle suivit avec persévérance un traitement dont le bromure de potassium formait la base, et, après trois ans, elle fut débarrassée de ses grandes crises. Mais, à leur place, elle eut des accidents hystériques qui persistèrent seuls pendant quatorze ans. C'étaient de petites attaques convulsives sans perte complète de connaissance, présentant tous les caractères des attaques atténuées de l'hystérie bénigne. L'an dernier, les accidents prirent une tout autre apparence. Mme X... devint sujette à des absences, sans convulsions, se répétant plusieurs fois par jour et s'accompagnant chaque fois de miction involontaire. En outre, elle eut, à plusieurs reprises, de grands accès convulsifs ayant toutes les apparences symptomatiques du grand mal comitial : cri, chute, perte complète de connaissance, rigidité tétanique des membres, secousses convulsives brèves et saccadées, écume sanglante aux lèvres, miction involontaire, sommeil stertoreux, hébétude consécutive. Un jour ces accès se reproduisirent une douzaine de fois à de courts intervalles, et il en résulta un véritable état de mal, avec élévation de la température, sueurs profuses, coma, qui mit en danger la vie de la malade. Elle guérit cependant, et depuis lors elle n'a plus que des accidents hystériques légers.

Je veux bien admettre, pour ne pas opposer un seul fait aux nombreuses observations sur lesquelles est basée la doctrine de la dualité, que la malade dont je viens de vous raconter brièvement l'histoire n'a jamais eu d'épilepsie vraie, que c'est une hystérique dont les attaques ont revêtu incidemment les apparences de l'épilepsie; mais vous conviendrez qu'en présence de cas analogues, nos devanciers sont bien excusables d'avoir supposé que l'épilepsie pouvait dériver de l'hystérie par voie d'aggravation ou de transformation directe.

Dans tous les cas, il s'agit là de faits exceptionnels dont il serait

illogique d'exagérer l'importance. Quelle que soit leur valeur, il n'en reste pas moins acquis que l'hystérie et l'épilepsie sont deux maladies distinctes. Et, remarquez-le bien, cette distinction nosographique n'a pas seulement un intérêt doctrinal; elle a aussi dans la pratique un intérêt de premier ordre. L'épilepsie, en effet, est une maladie fort grave, à évolution progressive, qui peut être quelquefois heureusement modifiée par l'usage des préparations bromurées, mais qui aboutit le plus souvent, à la longue, à une déchéance graduelle des facultés intellectuelles. Si l'hystérie appartenait à un titre quelconque à la famille épileptique, elle devrait avoir la même évolution, provoquer les mêmes conséquences, être modifiée par les mêmes traitements que les autres affections de nature épileptique. Or, l'observation apprend que l'hystérie, même dans ses formes les plus sérieuses, a une marche essentiellement irrégulière, qu'elle n'aboutit jamais à la démence, qu'elle n'est pas utilement influencée par les préparations bromurées, et qu'en fin de compte elle comporte un pronostic incomparablement moins sévère que les manifestations de nature épileptique. Dès lors le médecin soucieux de l'intérêt de ses malades et de sa propre réputation doit s'attacher à reconnaître derrière les apparences variables des convulsions auxquelles peuvent donner lieu l'hystérie et l'épilepsie, la nature même de la névrose qui est en cause, car c'est de la nature de la maladie provocatrice, et non pas de la forme des accidents convulsifs, que découlent le pronostic et les indications thérapeutiques.

IV

Les éléments du diagnostic différentiel entre les convulsions hystériques et les convulsions épileptiques peuvent être puisés: 1° dans les antécédents des malades; 2° dans les caractères des accidents convulsifs; 3° dans les symptômes persistant dans les intervalles des crises convulsives.

1° *Antécédents des malades.* — Les *antécédents héréditaires* ne fournissent guère d'indications précises à cause de l'ignorance dans laquelle nous sommes des lois qui président à la transformation des accidents névropathiques dans les familles. L'hystérie et l'épilepsie peuvent également bien se développer chez des descendants d'aliénés, d'originaux, de violents, d'alcooliques, etc.,

et nous ne sommes pas encore en mesure de prévoir, de par l'étude de la généalogie pathologique d'un enfant, si la tare névropathique héréditaire se traduira chez lui sous telle ou telle forme déterminée, s'il deviendra épileptique, hystérique, vésanique, etc., ou même s'il n'échappera pas complètement aux influences funestes de son origine.

En revanche, les *antécédents pathologiques* ont une importance considérable. L'épilepsie débute généralement dans le jeune âge, entre cinq et neuf ans, par des accès complets, ou par des accès frustes de vertige ou de petit mal. L'hystérie, au contraire, n'éclate habituellement qu'après la puberté, et, si elle donne lieu à des accidents infantiles, ces accidents se manifestent par des symptômes qui ne ressemblent en rien à ceux des vertiges épileptiques. En outre, ainsi que je vous le faisais observer dans la dernière leçon, la première attaque hystérique est presque toujours la conséquence immédiate d'un grand ébranlement moral, tandis que le premier accès épileptique survient sans provocation directe, sans cause connue, souvent pendant la nuit. Défiez-vous à ce propos des récits des malades et de leurs parents. Le besoin de tout expliquer est une des faiblesses de l'esprit humain. On vous racontera très souvent, en vous présentant des épileptiques avérés, que leur maladie a débuté à la suite d'une frayeur. Ne soyez pas trop crédules, exigez des réponses précises, comparez les dates, et vous apprendrez habituellement que la frayeur incriminée a eu lieu plusieurs mois avant ou même après le premier accès, et qu'antérieurement le malade était sujet depuis longtemps à des absences ou à des vertiges. « Ce n'était presque rien, » vous diront les parents, mais ce sera néanmoins d'un poids énorme pour établir votre diagnostic; car ces accidents, insignifiants en apparence, ont, en réalité, une signification clinique tout à fait précise : ils annoncent l'épilepsie et sont étrangers à l'hystérie.

2° *Caractères des accidents convulsifs.* — Dans les cas simples, qui sont de beaucoup les plus fréquents, les caractères des convulsions permettent de reconnaître sans difficulté la nature de la névrose provocatrice, car rien ne ressemble moins à une attaque d'hystérie franche qu'un accès de vrai mal comitial. Mais pour bien apprécier ces caractères, il faudrait être témoin des convulsions, et, le plus souvent, le médecin n'assiste pas aux accidents convulsifs pour lesquels on vient le consulter. On lui raconte la scène

et on lui demande de se prononcer d'urgence sur la nature de la maladie. Ce sont là des conditions très défavorables à l'établissement d'un diagnostic précis; cependant on arrivera ordinairement à la solution exacte du problème en s'attachant à obtenir des malades des réponses catégoriques sur quelques détails déterminés de la symptomatologie des accidents.

Les plus importants de ces détails sont les suivants :

a) Les convulsions sont-elles annoncées par des prodromes lointains ou rapprochés, ou bien débutent-elles assez soudainement pour terrasser le malade et le faire tomber n'importe où, fût-ce dans le feu, sans qu'il puisse faire un seul pas pour éviter les dangers d'une chute malheureuse? Dans le premier cas, il y a beaucoup de chances pour qu'on ait affaire à des convulsions hystériques; dans le second, il est très vraisemblable qu'il s'agit d'accidents épileptiques.

b) Les convulsions éclatent-elles quelquefois la nuit, pendant le sommeil? Si oui, c'est sans doute l'épilepsie qui en est cause, car il est infiniment rare que les attaques hystériques surviennent pendant le repos de la nuit.

c) Le malade pousse-t-il un seul cri inarticulé au début des convulsions, ou bien en pousse-t-il plusieurs dans le cours de l'attaque? S'il ne pousse qu'un seul cri bref, étouffé, rauque, songez à l'épilepsie. Si, au contraire, il en pousse plusieurs, si surtout il profère quelques exclamations articulées, quelques paroles distinctes, repoussez l'hypothèse de l'épilepsie et retournez-vous du côté de l'hystérie.

d) Le malade se mord-il la langue? A-t-il de l'écume sanglante aux lèvres? Urine-t-il et défèque-t-il inconsciemment pendant les convulsions? Si oui, c'est selon toute probabilité un épileptique, car il est très rare que ces phénomènes se produisent pendant les attaques hystériques. La miction et la défécation involontaires, en particulier, sont si fréquentes dans les accès d'épilepsie et si exceptionnelles dans les attaques d'hystérie, qu'elles ont presque la valeur d'un symptôme pathognomonique.

e) Que se passe-t-il après que les convulsions sont terminées? Le malade, étourdi et hébété, s'endort-il profondément comme un homme ivre, ou bien reprend-il aussitôt sa gaîté ordinaire et ses occupations habituelles? S'il tombe dans un sommeil stertoreux profond, il est probablement épileptique; s'il reprend rapidement son activité physique et intellectuelle, il y a plus de chances pour

qu'il soit hystérique. Cette étude des conséquences immédiates des convulsions aurait encore plus de valeur si les convulsions s'étaient quelquefois répétées à de courts intervalles, de façon à devenir subintrantes. Quand les accès épileptiques se succèdent ainsi coup sur coup, il en résulte rapidement un *état de mal* des plus graves, qui s'accompagne de fièvre, de coma, et se termine bientôt par la mort. La répétition, même très fréquente, des attaques hystériques n'a pas de semblables effets. Au milieu des convulsions hystériques les plus violentes et les plus prolongées, la température reste normale et la vie n'est pas en danger.

f) Les accidents surviennent-ils régulièrement toutes les semaines, tous les mois, tous les deux mois, sans être influencés par les circonstances extérieures, ou bien se montrent-ils par séries, à intervalles inégaux, sous l'influence d'excitations morales non douteuses? Dans le premier cas, ils sont vraisemblablement de nature épileptique; dans le second, ils sont probablement liés à l'hystérie.

Lorsque votre enquête aura porté successivement sur les différents points que je viens de vous signaler, vous serez, en général, suffisamment éclairés pour formuler votre diagnostic. Si cependant il vous restait quelques doutes, vous pourriez tenter de les dissiper en cherchant à provoquer une attaque convulsive par l'excitation artificielle des zones spasmogènes que nous étudierons dans la prochaine leçon et à l'arrêter ensuite par la pression d'une zone spasmo-frénatrice. La découverte de ces zones trancherait sûrement la difficulté, car l'hystérie seule donne lieu à des accidents convulsifs susceptibles d'être excités ou suspendus à volonté par de pareils procédés.

Enfin, dans les cas difficiles, vous pourriez encore chercher des éléments de diagnostic dans l'analyse des urines rendues par les malades avant et après les paroxysmes convulsifs. Il résulte, en effet, des recherches très intéressantes de MM. Lépine et Jacquin [1], Mairet [2], Gilles de La Tourette et Cathelineau [3], que l'hystérie et l'épilepsie ont des caractéristiques chimiques différentes. Après les accès épileptiques tous les excreta urinaires, particulièrement l'urée et l'acide phosphorique, sont augmentés tandis qu'ils sont

[1] Lépine et Jacquin, *Sur l'excrétion de l'acide phosphorique par l'urine dans ses rapports avec celle de l'azote* (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879).

[2] Mairet, *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique*. Paris, 1884.

[3] Gilles de La Tourette et Cathelineau, *La nutrition dans l'hystérie*. Paris, 1890.

diminués après les attaques hystériques. De plus, après les accès d'épilepsie, les phosphates terreux (de chaux et de magnésie) et les phosphates alcalins (de soude et de potasse) restent dans le même rapport qu'à l'état normal, c'est-à-dire dans celui de 1 à 3. Au contraire, après les attaques d'hystérie, le rapport des phosphates terreux et alcalins tend à s'égaliser, à devenir comme 1 est à 1.

Ces variations dans la composition des urines sont résumées dans le tableau suivant :

URINES RENDUES	RÉSIDU FIXE pour 1000 cc.	URÉE	ACIDE PHOSPHORIQUE			RAPPORT des phosphates terreux et alcalins
			Terreux	Alcalin	TOTAL	
A l'état normal	40gr	20gr	0gr 60	1gr 80	2gr 40	1 à 3
Après un accès d'épilepsie . .	50	25	0 80	2 40	3 20	1 à 3
Après une attaque d'hystérie.	30	15	0 50	0 50	1 »	1 à 1

Il est clair que dans la pratique on ne doit pas s'attendre à rencontrer toujours des différences aussi tranchées. Cependant les résultats des analyses pratiquées à la Salpêtrière par MM. Gilles de La Tourette et Cathelineau paraissent assez précis pour qu'on puisse, dans presque tous les cas, faire le diagnostic de l'hystérie et de l'épilepsie par la simple comparaison des urines rendues par les malades dans les 24 heures qui précèdent et les 24 heures qui suivent les paroxymes convulsifs.

3° *Symptômes persistant dans les intervalles des crises convulsives.* — Ces symptômes sont les stigmates sensitifs de l'hystérie et les troubles psychiques de l'épilepsie. Il est de toute évidence que si vous constatez sur un malade atteint d'accidents convulsifs d'une nature indécise une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, vous inclinerez par cela seul à penser qu'il est hystérique et que les convulsions auxquelles il est sujet sont d'origine hystérique. Si au lieu de découvrir chez votre malade les stigmates sensitifs en question, vous aviez noté de l'hébétude, de la paresse de la mémoire, de l'inertie psychique, vous auriez plutôt songé à des accidents de nature épileptique, sachant fort bien que l'hystérie ne provoque jamais d'affaiblissement permanent et progressif des facultés intellectuelles.

Toutefois, il ne faut attacher à ces symptômes persistant dans

les intervalles des crises convulsives qu'une valeur relative: d'une part, parce que les deux névroses coexistent quelquefois; d'autre part, parce qu'il n'est pas très rare de rencontrer chez les épileptiques vrais des troubles sensitifs analogues à ceux qui font partie du cortège symptomatique habituel de l'hystérie.

Ainsi le rétrécissement concentrique du champ visuel, que nous sommes habitués à considérer comme un des meilleurs stigmates de l'hystérie a été observé par MM. Thomsen et Oppenheim [1] dans des cas d'épilepsie non compliqués d'hystérie [2].

M. d'Abbundo [3] a soumis, de son côté, à des examens campimétriques réguliers vingt-six épileptiques, et il a constaté qu'après tous les accès il se produisait chez eux un rétrécissement concentrique des deux champs visuels, persistant pendant plusieurs heures et se dissipant ensuite graduellement, à moins que de nouveaux accès ne se produisent avant le retour complet à l'état normal.

D'une façon générale, il sera prudent d'établir votre diagnostic sur les circonstances tirées des antécédents des malades et des caractères de leurs convulsions plutôt que sur les symptômes persistant dans l'intervalle des crises convulsives.

[1] Thomsen et Oppenheim, *Ueber den Vorkommen und die Bedeutung der sensorischen Anœsthesie bei Erkrankungen der centralen Nervensystems* (*Archiv. für Psychyatrie und Nervenkrankheiten,* XV Bd, 1884).

[2] M. Charcot conteste cette affirmation. Il reconnaît que le rétrécissement concentrique des champs visuels peut se rencontrer dans l'épilepsie à titre de phénomène transitoire après les attaques, mais il soutient, contrairement à MM. Thomsen et Oppenheim, que lorsque ce symptôme existe à l'état permanent chez des malades sujets à des accès épileptiques, il s'agit de cas complexes dans lesquels l'hystérie est associée à l'épilepsie. Sur 74 épileptiques examinés à ce point de vue dans son service par M. Parinaud, 11 avaient des rétrécissements permanents des champs visuels, mais ils avaient, en outre, des points hystérogènes et des accidents de nature manifestement hystérique. (*Leçons du mardi,* 19 mars 1889, p. 432.)

[3] G. d'Abbundo, *Ricerche cliniche sui disturbi visivi nell'epilessia* (*La Psychiatria,* 1885).

DIX-NEUVIÈME LEÇON

DES ZONES SPASMOGÈNES

SOMMAIRE

I. Définition et historique des zones spasmogènes.
II. Étude expérimentale des zones spasmogènes sur quelques malades du service.
III. Nombre, distribution topographique, étendue des zones spasmogènes.
IV. Zones spasmogènes et zones spasmo-frénatrices. Zones spasmogènes à effets incomplets. Apparition et disparition spontanées des zones spasmogènes.
V. Absence des zones spasmogènes dans certains cas d'hystérie vulgaire.

MESSIEURS,

Pour vous faire comprendre tout de suite l'intérêt de l'étude que nous allons entreprendre, je commencerai par vous rendre témoins d'une expérience clinique.

La malade que je vous présente est une hystérique admise depuis quelques jours dans le service. En ce moment, elle est calme, tranquille, gaie et n'éprouve aucune des sensations pénibles qui précèdent habituellement ses attaques convulsives. Sans rien lui dire, j'exerce une compression brusque sur un point de sa colonne vertébrale. Aussitôt elle perd connaissance, ses muscles se tétanisent, sa face se congestionne, puis elle commence à pousser les cris et à exécuter les grands mouvements du tronc et des membres qui caractérisent la phase clonique de l'attaque hystérique. Il a suffi de cette pression relativement modérée sur une région déterminée du corps, pour provoquer immédiatement l'explosion de l'attaque convulsive.

Si maintenant nous abandonnions la malade à elle-même, l'attaque provoquée évoluerait comme le font les attaques spontanées : elle durerait un quart d'heure, une demi-heure, peut-être même davantage. Dans tous les cas, elle fatiguerait inutilement la malade et serait pour nous, dans le moment présent, une cause de dis-

tractions gênantes. Heureusement nous pouvons l'arrêter aussi brusquement que nous l'avons provoquée : il suffit, pour cela, de comprimer fortement la région ovarienne gauche. Vous voyez que sous l'influence de cette compression les convulsions s'apaisent; la malade reprend connaissance, elle se relève seule; la voilà revenue complètement à son état normal.

Ainsi, Messieurs, il est possible, en excitant certains points du corps des hystériques, de *provoquer* ou de *faire cesser instantanément les attaques convulsives*. Le nom de *zones hystérogènes* a été donné aux régions du corps dont l'excitation artificielle donne ces résultats, à une époque où on ne connaissait pas d'autres accidents hystériques susceptibles d'être actionnés par des excitations périphériques. Aujourd'hui qu'on en connaît plusieurs autres, le nom de *zones hystérogènes* doit devenir un terme générique comprenant autant d'espèces qu'il y a de symptômes différents déterminés par leur excitation, et chacune de ces espèces doit recevoir un nom spécial. C'est pourquoi je vous propose d'appeler *zones spasmogènes* celles qui provoquent les attaques convulsives, et *zones spasmo-frénatrices* celles qui les arrêtent.

I

Les phénomènes de provocation ou d'arrêt des convulsions chez les hystériques, par l'excitation de certaines zones périphériques, ont été découverts par M. Charcot et étudiés par quelques-uns de ses élèves : MM. Bourneville et Regnard [1], Paul Richer [2] et Buet [3].

Sans doute, avant les recherches de M. Charcot, il existait dans la science des observations dans lesquelles il était indiqué que l'excitation de certains points du corps des hystériques pouvait donner lieu à l'explosion immédiate des convulsions. Pomme, Négrier, Schutzenberger, Piorry, Landouzy, Baillif, Rosenthal avaient rapporté, avec plus ou moins de détails, quelques faits de ce genre; mais c'étaient là des cas isolés, sans lien commun et par conséquent sans portée scientifique.

[1] Bourneville et Regnard, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*. Paris, 1879-1880, t. III, p. 36-88.
[2] Paul Richer, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*. Paris, 1881, p. 32-40.
[3] Buet, *Des zones hystérogènes*. Th. doct., Paris, 1881.

On savait aussi que les convulsionnaires de Saint-Médard étaient soulagées par la pratique des *secours*, pratique qui consistait à frapper violemment certaines parties de leur corps ou à exercer sur leur ventre des pressions considérables. Mais personne ne se doutait qu'il y eût au milieu des récits invraisemblables des miracles du diacre Pâris un fond de vérité utilisable, et qu'il fût possible d'arrêter brusquement les attaques de la plupart des hystéro-épileptiques de nos jours par la pression énergique de l'abdomen, comme on le faisait chez les convulsionnaires du siècle dernier.

D'après M. Charcot, les zones excitatrices ou frénatrices des attaques peuvent siéger sur différents points du corps. A l'*abdomen*, elles occupent de préférence la région ovarienne, l'épigastre, le pli de l'aine; au *thorax*, on les observe surtout sur les seins, le voisinage de la clavicule, les espaces intercostaux, les apophyses épineuses; à *la tête*, on les trouve fréquemment sur le vertex, le globe de l'œil, la région malaire.

Leur étendue est en général limitée à quelques centimètres carrés. Leur nombre est très variable : quelques sujets n'en présentent qu'une seule; d'autres en possèdent jusqu'à dix, douze et même davantage.

Dans la majorité des cas elles sont unilatérales et occupent le côté hémianesthésié; mais elles peuvent fort bien être bilatérales et se rencontrer sur des parties du corps dont la sensibilité est tout à fait normale.

Elles ne sont pas toutes également excitables. Quelquefois la pression la plus légère détermine les convulsions; d'autres fois il faut exercer sur elles une pression énergique pour provoquer les attaques.

Elles sont ordinairement le siège de douleurs assez vives pendant les prodromes des attaques spontanées.

Elles peuvent disparaître tout à coup sous l'influence d'émotions morales, ou lentement par le fait de la guérison graduelle de l'hystérie.

Chez quelques malades, les convulsions provoquées par la pression légère d'une zone déterminée, peuvent être subitement arrêtées par la pression plus énergique de la même zone.

Tels sont les principaux résultats des recherches faites à la Salpêtrière.

Dans ces dernières années, deux de vos anciens camarades,

MM. Raoul Gaube[1] et Lichtwitz[2], ont repris, sous ma direction, l'étude des zones spasmogènes, et signalé, dans leurs thèses de doctorat, plusieurs détails intéressants qui avaient échappé à l'attention de leurs devanciers. Les développements qui vont suivre vous mettront au courant de ces particularités.

II

L'existence de zones spasmogènes est très fréquente chez les hystériques. Presque toutes nos malades en possèdent plusieurs, disséminées sur différents points du corps. En voici quelques-unes :

Marie M... est une jeune fille de dix-neuf ans, entrée dans le service pour de petites attaques de nerfs qui sont loin d'avoir la violence des grandes attaques hystéro-épileptiques. Après une période prodromique pendant laquelle la malade devient sombre, lugubre et est en proie à quelques hallucinations lui rappelant certaines scènes de sa vie passée, l'*aura* débute par une sensation douloureuse très pénible ayant pour siège la partie externe du sein gauche. A ce moment le cœur bat avec violence; la malade saisit à pleines mains le sein douloureux en criant : « Je souffre, soulagez-moi; ça serre! ça serre! » Puis une douleur survient au creux poplité et à l'ovaire gauches; quelque chose part de ces régions et monte à l'estomac et au cœur. Alors la malade pousse un cri, et l'attaque convulsive commence.

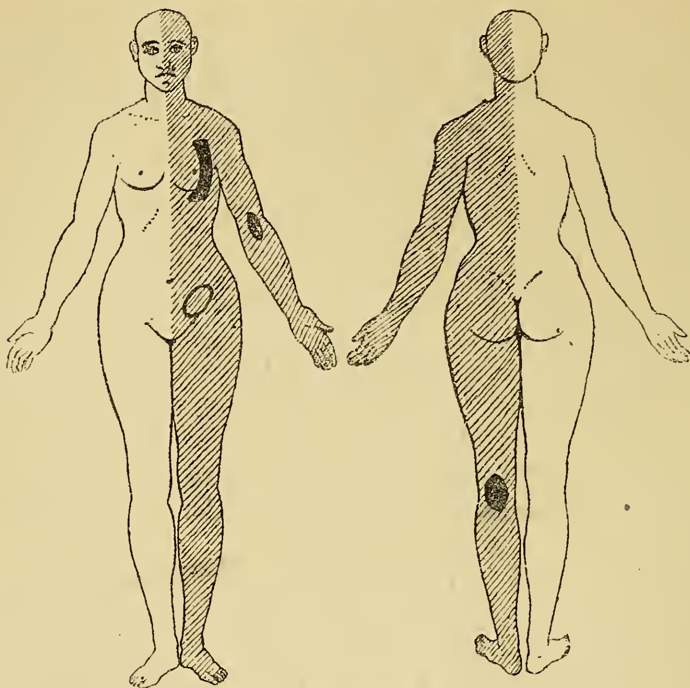
Elle est caractérisée par une succession irrégulière de cris incohérents et de mouvements brusques de flexion et d'extension des membres et du tronc, sans traces de contracture épileptoïde. Après les convulsions il y a une phase délirante relativement prolongée. Dans l'intervalle des attaques la malade est hypoesthésique du côté gauche.

Ce sont là des symptômes appartenant aux formes atténuées de la petite hystérie. Néanmoins cette malade a plusieurs zones spasmogènes très actives. Il suffit de presser très légèrement le bord externe du sein gauche pour provoquer immédiatement l'attaque convulsive, et quand les convulsions sont commencées, on peut les faire cesser brusquement par une compression énergique de la région ovarienne gauche.

[1] Raoul Gaube, *Recherches sur les zones hystérogènes*. Th. doct., Bordeaux, 1882.
[2] Lichtwitz, *Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens et les zones hystérogènes des muqueuses*. Th. doct., Bordeaux, 1887.

Indépendamment de cette zone spasmogène du sein gauche, Marie M... en possède deux autres placées sur les membres : la première au niveau du pli du coude gauche, la seconde dans le creux poplité du même côté *(fig. 18)*. La compression de l'un ou l'autre de ces points provoque l'attaque tout aussi sûrement que la compression du sein.

Fig. 18. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Marie M...

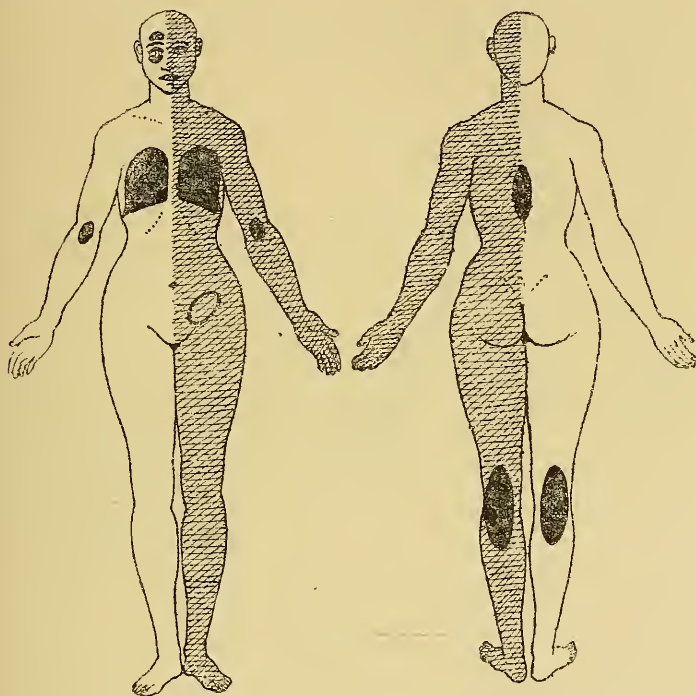


Dans cette figure, ainsi que dans les suivantes, les zones spasmogènes sont indiquées par des taches noires et les zones spasmo-frénatrices par de simples lignes de contours. Les parties ombrées représentent la topographie de l'anesthésie cutanée.

Emma B... est âgée de trente et un ans. Elle est malade depuis près de neuf ans. Ses premières attaques d'hystérie sont survenues à la suite d'émotions morales violentes. Sa situation s'est notablement aggravée depuis 1877, époque à laquelle elle fut vivement impressionnée par la nouvelle de la mort subite de son amant. Actuellement elle est hémianesthésique gauche et elle a trois ou quatre attaques spontanées par jour. Une demi-heure avant ces attaques elle éprouve un malaise général et ressent des douleurs violentes dans la région périorbitaire droite, dans les mollets et

le long du rachis. Puis une boule se détache de l'ovaire, monte au creux de l'estomac. A ce moment la malade étouffe et perd connaissance. L'attaque convulsive est caractérisée par une contracture généralisée avec immobilité tétanique des quatre membres. Cet état dure de trente à quarante minutes, et il est suivi d'une période délirante assez longue.

Fig. 19. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Emma B...

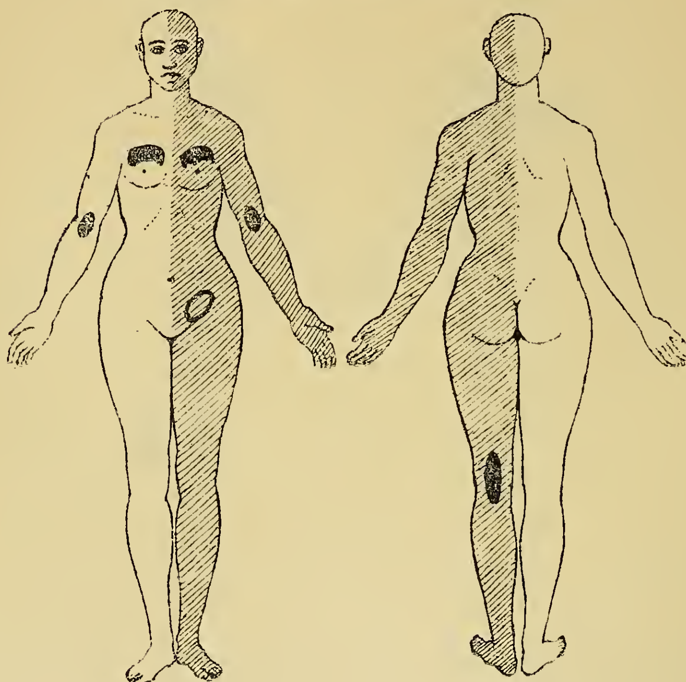


Emma a plusieurs zones spasmogènes *(fig. 19)*; on en trouve une au niveau des apophyses épineuses de la région dorsale moyenne, une sur chaque sein, une au-dessus et une au-dessous de l'orbite du côté droit, une au niveau de chaque pli du coude et une dans chacun des deux creux poplités. La pression de l'une ou l'autre de ces zones provoque instantanément l'attaque, et quand l'attaque est commencée, la compression énergique de l'ovaire gauche en arrête brusquement l'évolution.

Voici une troisième malade, Léonie P..., dont les attaques hystériques sont caractérisées par des sanglots sans convulsions cloniques des membres. C'est une petite femme, brune, chétive, âgée

de dix-huit ans, qui paraît n'avoir jamais eu de grandes attaques convulsives. Elle est hypoesthésique du côté gauche. Il ne se passe pas de jour qu'elle n'ait plusieurs attaques de sanglots. Ces attaques sont annoncées par un besoin d'activité inaccoutumé; la malade marche dans la salle, elle court d'un lit à l'autre. L'aura débute par une douleur aiguë, profonde, ayant pour siège le sein gauche. Après quelques instants la douleur gagne le sein droit; le pli du coude des deux côtés et le jarret gauche deviennent

Fig. 20. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Léonie P...



douloureux; quelque chose de mal défini s'élève du flanc gauche, monte au cœur, puis à la gorge, et, à ce moment précis, la malade perd connaissance. Ses membres deviennent raides et elle commence à sangloter bruyamment sans avoir eu de convulsions cloniques. Cet état dure de dix minutes à une heure; il cesse spontanément sans être suivi de délire. De même que chez les malades précédentes, on trouve chez Léonie P... plusieurs zones spasmogènes très actives *(fig. 20)*. Elle en a une au-dessus de chaque sein, une au niveau de chaque pli du coude, une dans le creux poplité gauche.

Je comprime l'une de ces zones, celle du creux poplité gauche, et voilà que la raideur générale des membres et les sanglots commencent aussitôt à se produire. Je comprime la région ovarienne gauche, et tout rentre aussitôt dans l'ordre; la malade a déjà repris connaissance; la contracture a disparu; les sanglots ont cessé comme par enchantement. La pression de l'ovaire a donc une action frénatrice, tandis que la pression des zones des seins et des membres a une influence excitatrice.

Il convient de noter ici que la zone ovarienne est plus puissante que les autres. Je vais vous en donner la preuve en répétant une expérience souvent pratiquée par M. Charcot : Avec une main je comprime l'ovaire gauche, tandis qu'avec l'autre je presse sur l'une des zones sus-mammaires. Dans ces conditions, l'attaque ne se produit pas : l'influence *spasmo-frénatrice* de la compression ovarienne domine et paralyse l'influence *spasmogène* de la compression de la zone sus-mammaire.

III

Vous pouvez vérifier, Messieurs, sur les trois malades que je viens de faire passer sous vos yeux, l'irrégularité signalée par M. Charcot et ses élèves dans le nombre et la topographie des zones spasmogènes.

Chez Marie M... *(fig. 18)*, hémi-hypoesthésique gauche, il existe trois zones excitatrices (sein, pli du coude, creux poplité) qui toutes sont placées sur le côté gauche du corps, et une zone frénatrice au niveau de la région ovarienne du même côté.

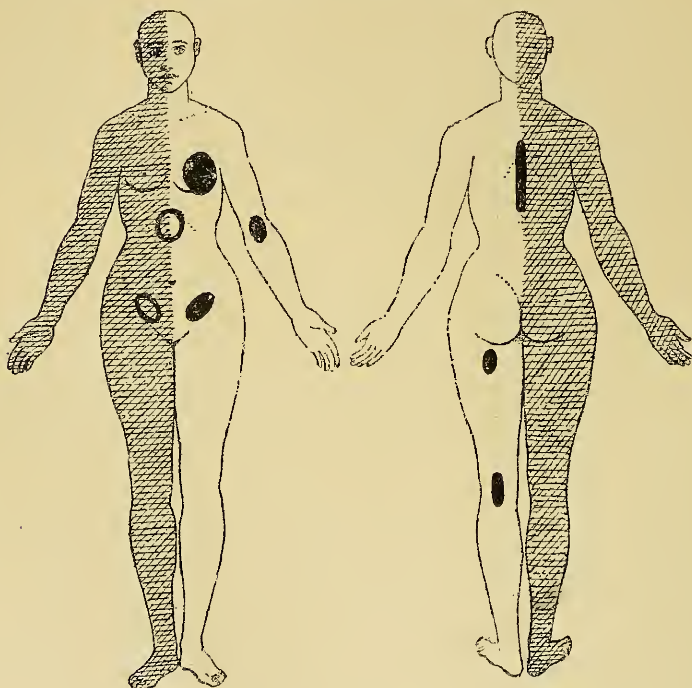
Léonie P... *(fig. 20)*, également hypoesthésique du côté gauche, possède cinq zones spasmogènes — trois à gauche (sein, pli du coude, creux poplité), deux à droite (sein, pli du coude) — et une zone spasmo-frénatrice dans la région ovarienne gauche.

Enfin, chez Emma B... *(fig. 19)*, qui est franchement hémi-anesthésique gauche, on trouve une zone excitatrice médiane (apophyses épineuses de la région dorsale), trois zones latérales gauches (sein, pli du coude, jarret) et cinq zones latérales droites (régions sus-orbitaire et sous-orbitaire, sein, pli du coude, jarret). En outre, la région ovarienne gauche est le siège d'une zone frénatrice.

Il n'y a donc aucun rapport constant entre la distribution topo-

graphique des zones hystérogènes et celle de l'hémianesthésie hystérique. Le plus souvent les zones se trouvent du même côté que l'hémianesthésie; mais elles peuvent exister aussi sur les régions sensibles du corps. Chez quelques sujets elles occupent même exclusivement le côté non anesthésié. Une des malades de notre service, la nommée Paule C..., fournit un exemple de ce mode anormal de répartition des zones spasmogènes. C'est une hystérique, âgée de vingt ans, qui nous a été envoyée de Mirande

Fig. 21. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Paule C...



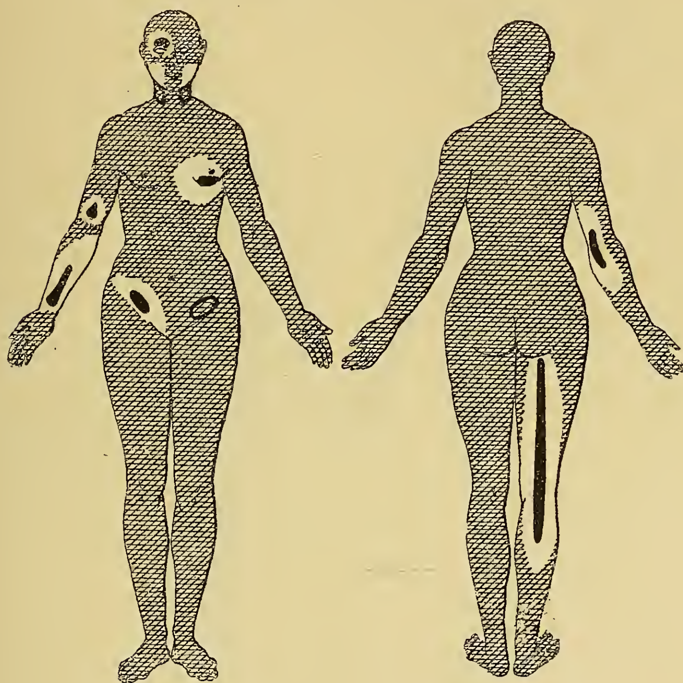
(Gers), pour des accidents convulsifs de la plus grande violence. Quand elle est arrivée dans le service, elle avait une contracture hystérique persistante du membre inférieur gauche. Aujourd'hui la contracture a disparu, et les attaques sont beaucoup moins violentes et beaucoup moins fréquentes qu'elles ne l'étaient il y a quelques mois.

Paule C... est hémianesthésique du côté droit *(fig. 21)*. Nous lui connaissons six zones spasmogènes. L'une d'elles est médiane; elle est placée exactement au sommet des apophyses épineuses, de

la quatrième à la huitième vertèbre dorsale. Les cinq autres sont latérales (sein, ovaire, pli du coude, cuisse, creux poplité) et siègent toutes cinq sur le *côté gauche non anesthésié*. Nous n'avons pu, chez cette malade, découvrir de points spasmogènes sur le côté droit du corps, c'est-à-dire sur le côté où siège l'anesthésie [1].

Une autre de nos malades, Rose D..., présente une particularité plus étrange encore. Elle est anesthésique sur toute la surface du

Fig. 22. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Rose D...



corps excepté au niveau de quelques îlots disséminés çà et là sans ordre apparent *(fig. 22)*, et toutes ses zones spasmogènes sont placées sur les parties du tégument dont la sensibilité est normale, tandis que ses zones spasmo-frénatrices sont situées sur des régions anesthésiques *(fig. 22)*.

Toutes ces dispositions s'observent également chez l'homme. Les hystériques mâles ont des zones spasmogènes et spasmo-

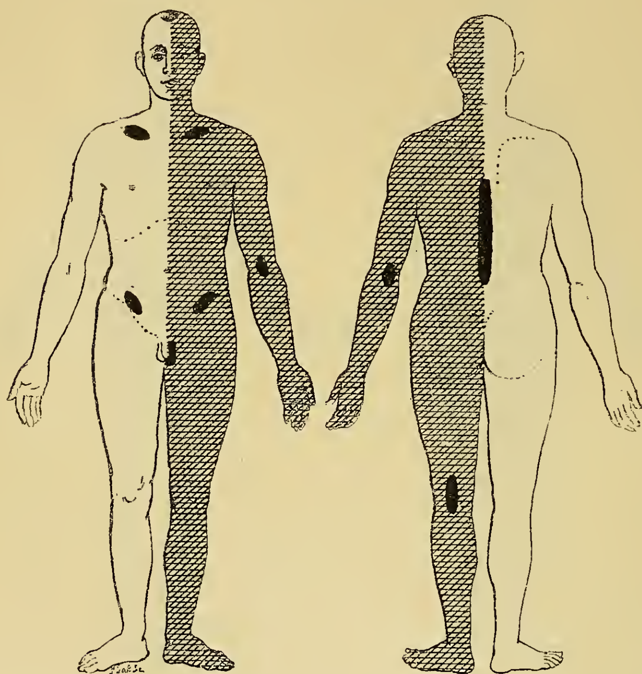
[1] Ainsi que le montre la figure 21, cette malade possède en outre deux zones spasmo-frénatrices, situées l'une au niveau de l'épigastre, l'autre au niveau de l'ovaire droit.

frénatrices comme les hystériques femelles, et ces zones occupent à peu près les mêmes points du corps *(fig. 23)*.

A propos de la distribution topographique des zones spasmogènes, j'appelle votre attention d'une façon toute spéciale sur les *zones des membres*.

MM. Bourneville et Regnard, P. Richer, Buet, contestent leur existence, ou du moins ils déclarent qu'ils n'ont rencontré de zones hystérogènes que sur le tronc ou la tête, et qu'ils n'en ont

Fig. 23. — Topographie des zones spasmogènes dans un cas d'hystérie mâle.



jamais trouvé sur les membres. Il résulte, au contraire, de mes observations que chez plus de la moitié des hystériques vulgaires une exploration attentive révèle l'existence de zones spasmogènes sur les membres supérieurs ou inférieurs. Leur siège d'élection se trouve au niveau du pli du coude et du creux poplité. Plus rarement elles existent au poignet et au voisinage du tendon d'Achille. Une seule fois j'en ai trouvé une très active sur la face antérieure de la cuisse, au niveau d'une cicatrice ancienne résultant de l'ouverture d'un abcès de cette région. J'ajouterai incidemment

qu'on en rencontre souvent sur les muqueuses du nez, du pharynx, du larynx, de l'oreille externe, etc.[1]

En général, les malades chez lesquelles j'ai rencontré des zones spasmogènes sur les membres, en avaient également sur le tronc ou la tête. Je n'en ai pas encore trouvé une seule n'ayant des points spasmogènes que sur les membres. J'en ai vu, au contraire, quelques-unes qui possédaient des zones abdominales ou thoraciques et n'avaient pas de zones des membres.

Dans tous les cas, je crois pouvoir vous affirmer que l'existence de zones spasmogènes sur les membres est très commune. Vous venez d'en voir plusieurs exemples, et il me serait facile de vous en montrer beaucoup d'autres si je ne craignais de consacrer trop de temps à la démonstration d'un fait dont l'évidence doit vous paraître d'ores et déjà complète.

Chez toutes nos malades la peau qui recouvre les régions hystérogènes a une coloration et une température normales. Rien ne la distingue extérieurement des portions voisines du tégument.

Chez deux malades du service de M. Charcot on a signalé la chute spontanée des cheveux sur des régions hystérogènes du cuir chevelu. Ce trouble trophique, rare chez les hystéro-épileptiques, ne s'observe pas dans l'hystérie vulgaire, ou du moins je n'ai jamais constaté rien d'analogue chez les hystériques qui ont été soumises à mon observation.

L'étendue des zones spasmogènes de nos malades est très variable. Chez Marie M... *(fig. 18)* et chez Léonie P... *(fig. 20)* les zones les plus larges mesurent environ cinq à six centimètres de diamètre. Chez Emma B... *(fig. 19)* les zones péri-orbitaires et celles des plis du coude n'ont pas une étendue plus grande; mais les zones mammaires de cette malade occupent toute la surface des seins, et les zones poplitées n'ont pas moins de douze à quinze centimètres de longueur sur six de largeur.

Les limites des points spasmogènes sont, en général, très nettement tranchées. Chez nos trois malades, par exemple, une pression légère au niveau du tendon du biceps au pli du coude détermine sûrement l'attaque, tandis que les pressions les plus énergiques pratiquées à quelques millimètres seulement au delà des bords de ce tendon ne provoquent qu'une douleur banale et ne sont suivies d'aucun phénomène convulsif.

[1] Voyez à ce sujet la thèse de M. Lichtwitz, où ces zones spasmogènes des membranes muqueuses sont soigneusement étudiées.

IV

Nous savons par les recherches faites à la Salpêtrière qu'une même zone hystérogène peut être *spasmogène* lorsqu'on la comprime légèrement, et *spasmo-frénatrice* lorsqu'on exerce sur elle une pression plus énergique. Cette double action s'observe assez souvent sur les zones ovariennes, mais il est beaucoup plus rare de la constater sur les autres. En général, la compression de l'une quelconque des zones spasmogènes provoque l'attaque convulsive, et l'attaque une fois commencée ne peut être arrêtée brusquement que par la compression de certaines zones déterminées, la zone ovarienne, par exemple, ou la zone épigastrique. C'est ainsi que se passent les choses chez les malades que vous venez de voir et chez la plupart de celles que nous avons eu l'occasion d'étudier dans le service.

Je me hâte de vous dire qu'il y a quelques exceptions à cette règle. Vous devez vous rappeler que je vous ai souvent montré, l'an dernier, une hystérique nommée Élisabeth R..., dont les zones du sein, de la colonne vertébrale et des membres avaient toutes des effets excitateurs ou frénateurs selon qu'on exerçait sur elles une compression légère ou énergique. Toutefois, c'est là une rareté; dans la majorité des cas, les zones des membres et du thorax sont *exclusivement spasmogènes*, et les zones ovarienne ou épigastrique *exclusivement spasmo-frénatrices*. La pression des premières provoque les convulsions et ne peut pas les arrêter; la pression des secondes arrête les convulsions et ne peut pas les provoquer.

Chez certaines malades il n'existe que des zones spasmogènes ou des zones spasmo-frénatrices. Chez la nommée Anaïs L..., par exemple, que vous avez pu voir il y a quelques jours dans le service, nous avons cherché en vain des zones spasmogènes sur les différents points du corps où elles siègent habituellement, sans en rencontrer une seule; mais quand les attaques convulsives éclataient spontanément, nous pouvions très aisément les arrêter par la compression de l'épigastre ou de l'ovaire gauche.

Chez d'autres malades, la compression des zones spasmogènes ne provoque qu'une partie des phénomènes convulsifs de l'attaque hystérique. Quelquefois l'excitation artificielle de ces zones donne lieu simplement à une sensation de strangulation analogue à celle

qui se produit au début des attaques spontanées. D'autres fois elle détermine une contracture généralisée qui cesse d'elle-même après un certain temps sans être suivie de convulsions cloniques. Dans les deux cas on a affaire à des *zones spasmogènes à effets incomplets.*

Je n'ai rien à ajouter à ce qui a été signalé à la Salpêtrière relativement à l'apparition et à la disparition spontanées des zones hystérogènes, sinon que nous avons pu souvent vérifier chez nos petites hystériques les observations faites à ce sujet, sous la direction de M. Charcot. Quant aux moyens qui peuvent être employés pour les faire disparaître artificiellement, nous nous en occuperons plus tard.

V

Les faits que vous venez de voir et ceux du même genre que vous avez eu maintes fois l'occasion d'observer dans le service, prouvent que les zones hystérogènes n'existent pas seulement chez les hystéro-épileptiques, mais qu'elles font partie également de la symptomatologie de l'hystérie vulgaire. Toutefois, il faut que vous sachiez que dans la petite hystérie, les zones hystérogènes sont loin d'être aussi constantes qu'elles le sont dans l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie. J'ai rencontré déjà plusieurs malades atteintes d'accidents manifestement hystériques, chez lesquelles l'exploration la plus attentive n'a permis de découvrir aucun point hystérogène. Quelques-uns d'entre vous doivent se souvenir d'une malade qui était entrée l'an dernier dans le service pour des hématémèses hystériques. Pendant son séjour à l'hôpital, elle eut plusieurs séries d'attaques convulsives des plus bruyantes. Ses cris, ses mouvements violents, troublaient le repos des autres malades. A vingt reprises différentes je cherchai à arrêter ces attaques par la compression des ovaires ou des autres points du corps sur lesquels peuvent siéger des zones hystérogènes; jamais je ne pus trouver aucune région spasmogène ou spasmo-frénatrice; jamais je ne pus arriver à provoquer ou à arrêter une de ses attaques.

J'ai éprouvé tout récemment un insuccès semblable chez une jeune fille de dix-huit ans qui, depuis plusieurs jours, avait des attaques hystériques presque subintrantes. Ces attaques étaient caractérisées par des cris aigus, assourdissants, accompagnés de mouvements désordonnés du tronc et des membres. Elles étaient si rapprochées qu'on avait à peine le temps de faire prendre à

la malade, dans leurs intervalles, quelques gorgées de lait ou de bouillon. La famille de la jeune fille, épouvantée par la durée et la violence des convulsions, demandait avec instance qu'on trouvât un moyen d'y mettre un terme. Je fis toutes sortes de tentatives pour trouver une zone frénatrice, sans pouvoir y réussir. Dans l'intervalle des attaques, je cherchai un point spasmogène, et malgré toute la persévérance que je mis à cette recherche, je ne pus en découvrir un seul.

La conclusion qui ressort de ces observations c'est que l'existence des zones spasmogènes n'est pas constante dans l'hystérie ou du moins dans les formes atténuées de l'hystérie, dont les exemples sont si communs dans la pratique civile et dans les hôpitaux de clinique générale.

J'espérais, Messieurs, pouvoir terminer aujourd'hui l'étude des zones spasmogènes. Mais je m'aperçois que l'heure est avancée et qu'il me reste beaucoup de choses à vous dire. Plutôt que de fatiguer votre attention, je préfère renvoyer à la prochaine leçon les quelques considérations que je crois utile de vous présenter encore sur ce sujet.

VINGTIÈME LEÇON

DES ZONES SPASMOGÈNES *(suite et fin).*

SOMMAIRE

I. Siège anatomique des zones spasmogènes : *a*) zones cutanées ; *b*) zones sous-cutanées ; *c*) zones viscérales.

II. Disparition temporaire des zones spasmogènes sous l'influence de l'électrisation, de l'anémie locale, de la réfrigération, etc.

III. Rôle des zones spasmogènes dans les phénomènes de l'aura hystérique.

IV. Importance pratique de la connaissance des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices.

Messieurs,

Dans la leçon précédente nous avons étudié la distribution topographique des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices sur la tête, le tronc et les membres ; mais nous n'avons fait aucune tentative pour déterminer leur siège anatomique précis.

Lorsque, guidés par des observations purement empiriques, nous comprimons les flancs, l'épigastre, le thorax ou les membres d'un hystérique dont nous voulons provoquer ou arrêter les convulsions, nous agissons à la fois sur tous les tissus qui entrent dans la composition de la région comprimée, et nous ignorons, en somme, si les effets qui suivent la compression dépendent de l'excitation de l'un ou de l'autre de ces tissus à l'exclusion des autres. Il importerait cependant d'être fixé sur ce point de la physiologie pathologique des zones hystérogènes, et le moment me paraît venu de vous indiquer ce que nous savons à ce sujet.

I

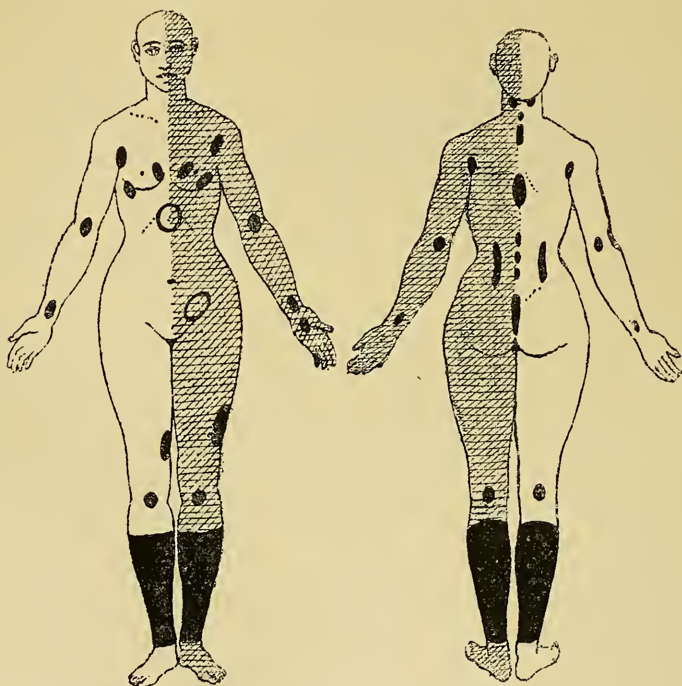
Au point de vue de leur siège anatomique, les zones spasmogènes doivent être divisées en *zones cutanées, zones sous-cutanées* et *zones viscérales.*

a) Les *zones cutanées* sont les moins communes de toutes. Je puis cependant vous montrer aujourd'hui une malade qui en possède plusieurs, de telle sorte qu'il nous sera facile d'en étudier ensemble les principaux caractères.

Cette malade, nommée Pauline T..., est entrée dans le service à plusieurs reprises pour des accidents hystériques.

Dès les premiers examens auxquels nous l'avons soumise, nous avons constaté qu'elle avait des zones spasmogènes extrêmement

Fig. 24. — Zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Pauline T...



excitables, siégeant sur les apophyses épineuses de plusieurs vertèbres, sur les seins, les poignets, les plis du coude, les cuisses, les genoux, les jarrets, sur toute l'étendue des deux jambes, sur le petit doigt de la main gauche, etc. *(fig. 24)*. Elle avait aussi deux zones spasmo-frénatrices occupant la région épigastrique et la région ovarienne gauche.

Toutes ces zones existent encore aujourd'hui. Elles sont toutes *cutanées*, en ce sens que leur activité peut être mise en jeu par des excitations superficielles de la peau. Pour provoquer les atta-

ques convulsives, il n'est pas nécessaire de *comprimer* les points spasmogènes de notre malade; il suffit de les toucher légèrement, de les effleurer avec le doigt ou avec un corps étranger, avec un pinceau à aquarelle, par exemple, de laisser couler sur elles quelques gouttes d'eau froide ou chaude, de les échauffer par le rayonnement d'un corps en ignition ou de les refroidir par la pulvérisation de quelques gouttes d'éther.

Je fais étendre Pauline T... sur un lit et je passe légèrement sur l'une de ses jambes l'extrémité d'un crayon : l'attaque éclate aussitôt. Si on applique sur la peau, au voisinage des limites de ces zones spasmogènes cutanées, deux électrodes, et qu'on lance par leur intermédiaire une forte secousse d'induction ou de courant de pile, on provoque également les convulsions. Il en est de même si on fait partir une étincelle statique de l'un quelconque des points de la peau qui recouvre les zones du tronc ou des membres.

Les zones des jambes sont tellement excitables que si la malade ne prend pas de grandes précautions pour mettre ou pour ôter ses bas, elle est exposée à se donner elle-même des attaques convulsives. Cet accident s'est produit déjà plusieurs fois, et ce qui rend sa production particulièrement facile, c'est que, malgré sa remarquable excitabilité, la peau des jambes n'est le siège d'aucune espèce de douleur spontanée. Du côté gauche elle est même tout à fait anesthésique.

Les zones cutanées siègent évidemment dans la peau, ou mieux dans les expansions nerveuses terminales de la peau. Il est curieux de constater à ce sujet qu'elles peuvent se rencontrer sur des régions cutanées qui sont complètement anesthésiques.

Faut-il en conclure que ce ne sont pas les nerfs sensitifs qui sont les agents de transmission des excitations hystérogènes? Je n'essaierai pas de répondre à cette question, bien résolu que je suis à n'introduire aucune interprétation physiologique dans l'étude des faits cliniques dont nous nous occupons actuellement.

b) Les *zones sous-cutanées* sont beaucoup plus communes que les zones cutanées. Elles diffèrent de ces dernières par ce fait que les excitations limitées à la peau ne sont pas capables d'éveiller leur activité. Voici, par exemple, la nommée Marie M..., que vous avez vue dans la dernière leçon. Elle a, vous vous en souvenez sans doute, une zone spasmogène au niveau du pli du

coude gauche (*fig. 18,* page 238). Je pince la peau de cette région, je la traverse de part en part avec une épingle sans provoquer de convulsions. Avec une brosse à habits, je frotte vivement la région antérieure du bras et de l'avant-bras, sans épargner le pli du coude : l'attaque ne se produit pas encore. Elle éclate au contraire aussitôt que je comprime les tissus qui entrent dans la composition du pli du coude entre mon pouce d'une part et les os du coude d'autre part. L'expérience pratiquée au niveau de la zone spasmogène du jarret de la même malade donne des résultats identiques. Le pincement, la piqûre, la friction de la peau ne provoquent pas d'attaques convulsives, tandis que la pression des tissus contre la face postérieure du fémur détermine aussitôt les convulsions.

Les zones sous-cutanées ne sont généralement pas excitées par le contact de l'eau chaude ou froide. Le rayonnement d'un foyer calorifique, les brûlures de la peau avec le thermocautère, les pulvérisations d'éther, les secousses d'induction ou de courants de pile, les décharges d'électricité statique ne sont pas capables de mettre en jeu leur activité, ou tout au moins ces moyens ne provoquent habituellement pas les convulsions hystériques.

Il est difficile de déterminer expérimentalement le siège exact des zones sous-cutanées. On peut être certain qu'elles ne siègent pas dans la peau elle-même ni dans les expansions terminales des nerfs cutanés. Elles ne siègent pas non plus dans les muscles ni dans les tendons, car, dans un certain nombre de cas, on peut presser latéralement les masses musculaires et les tendons qui traversent les régions spasmogènes sans provoquer les convulsions. La tétanisation violente de ces muscles sous l'influence de courants faradiques intenses reste également inefficace dans la grande majorité des cas.

Il est très probable que le point de départ des actions spasmogènes sous-cutanées se trouve dans les troncs nerveux. Cette hypothèse, à laquelle on est déjà conduit par exclusion, est confirmée par une expérience qui réussit presque toujours. Quand il existe sur un membre une zone sous-cutanée active dont la compression modérée détermine les convulsions, on peut d'ordinaire provoquer aussi l'attaque par la compression énergique des troncs nerveux qui se rendent à cette zone, sur tous les points où ils sont accessibles dans leur trajet entre la moelle épinière et la zone.

Marie M..., par exemple, a dans le jarret gauche une zone sous-

cutanée dont la compression légère détermine l'attaque convulsive. En comprimant énergiquement la face postérieure de la cuisse et de la fesse, le long du trajet du nerf sciatique, on peut également provoquer les convulsions. Elle a une autre zone spasmogène au pli du coude : la compression énergique de la face interne du bras et de l'aisselle, le long du trajet du nerf médian, provoque les convulsions tout aussi sûrement que la compression légère de la zone elle-même. J'ai à peine besoin d'ajouter que les pressions les plus énergiques dans les autres points du membre supérieur ou du membre inférieur restent inefficaces. Mais ce que je ne puis me dispenser de vous dire, c'est que je n'ai observé cette excitabilité des gros troncs nerveux des membres que dans les cas où les zones étaient sous-cutanées, et qu'il m'a été impossible de la constater au-dessus des zones cutanées. C'est ainsi que chez Pauline T..., dont les zones des jambes sont manifestement cutanées, la pression des sciatiques au niveau de l'échancrure de l'os iliaque ou de la face postérieure de la cuisse n'a jamais donné lieu à l'attaque convulsive.

c) Les *zones viscérales* paraissent avoir pour siège le parenchyme même de certains organes complexes, tels que la glande mammaire, l'ovaire, le testicule.

La démonstration de cette proposition est assez facile à faire en ce qui concerne le sein. Un grand nombre d'hystériques possèdent des zones spasmogènes de la région mammaire, et chez la plupart d'entre elles on peut s'assurer que les excitations, même très énergiques (pincement, malaxation, friction, piqûre, etc.), de la peau qui recouvre le sein ne provoquent pas de convulsions, tandis que les convulsions éclatent aussitôt que la glande elle-même vient à être légèrement comprimée.

Nous pouvons comparer les effets des excitations des zones cutanées et viscérales de la région mammaire sur deux malades que j'ai fait venir aujourd'hui à l'amphithéâtre. Marie M... a une zone viscérale du sein gauche; Pauline T... a une zone cutanée de la région mammaire. Je fais approcher Marie M..., et vous voyez que je puis, sans provoquer aucun phénomène convulsif, faire des plis sur la peau qui recouvre le sein, comprimer très énergiquement ces plis entre les doigts, les traverser avec une épingle. Au contraire, l'attaque éclate brusquement aussitôt que je comprime la glande elle-même. Les choses se passent tout autrement chez

Pauline T... Je puis saisir son sein gauche entre les doigts et le comprimer énergiquement sans provoquer les convulsions, tandis que l'attaque débute tout de suite si je viens à effleurer la peau qui recouvre la partie inférieure de la région mammaire.

Les zones de la région abdominale antérieure sont le plus souvent des zones viscérales dont le siège se trouve vraisemblablement dans l'ovaire. Cette opinion, soutenue par M. Charcot dès le début de ses recherches sur les zones hystérogènes, avec des arguments qui n'avaient pas entraîné la conviction de tous les médecins, a trouvé un appui très sérieux dans les résultats des observations faites, quelques années plus tard, à la Salpêtrière, sur une hystérique enceinte, dont la zone frénatrice du flanc gauche s'éleva graduellement pendant la grossesse de façon à occuper exactement et constamment le point qu'occupe successivement l'ovaire aux différents âges de la gestation [1].

Toutefois, Messieurs, si dans la majorité des cas la zone du flanc gauche est une zone viscérale ovarienne, il n'en est pas toujours ainsi. Il peut y avoir, dans la région des flancs, des zones cutanées tout à fait indépendantes de l'ovaire [2]. En voici la preuve : Je donne une attaque à Pauline T... par l'excitation superficielle de la peau des jambes. Maintenant que l'attaque est bien lancée, je pince entre le pouce et l'index un pli de peau de la région du flanc gauche de la malade, en ayant soin de n'exercer aucune compression profonde sur l'abdomen. Vous voyez qu'aussitôt les convulsions s'apaisent et que la malade revient à elle tout aussi rapidement que si j'avais comprimé énergiquement l'ovaire.

Cette petite expérience, dont les résultats me semblent d'une parfaite netteté, démontre que des zones cutanées peuvent exister dans la région abdominale, et que, par conséquent, il ne suffit pas de constater l'existence d'une zone hystérogène dans la région iliaque pour affirmer que cette zone est ovarienne.

Je vous rappelle à ce propos qu'on rencontre presque aussi fréquemment des zones spasmogènes ou spasmo-frénatrices sur les parties latérales des parois du ventre des hystériques mâles que sur les testicules eux-mêmes (*fig. 23*, p. 244).

[1] Ch. Ferré, *La douleur dite ovarienne des hystériques a pour siège l'ovaire* (*Progrès médical*, 1882, p. 42).

[2] « Chez bien des malades, dit M. Magnin, en dehors de toute compression de l'ovaire, il nous a été possible de provoquer ou d'arrêter des attaques par excitation légère de la peau de la région abdominale correspondant au côté de l'ovaire. » (*Étude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme*, p. 14.)

II

Il est possible de faire disparaître expérimentalement les zones spasmogènes. Les moyens qu'on peut employer pour cela se divisent en deux groupes : les uns agissent à la fois sur toutes les zones du corps, les autres agissent localement sur les seules zones au niveau desquelles ils sont appliqués.

a) Dans le premier groupe il faut ranger l'électrisation statique, la galvanisation des centres nerveux et les inhalations anesthésiques.

Quand on place un hystérique sur le tabouret isolant d'une machine statique, toutes ses zones spasmogènes, cutanées, sous-cutanées et viscérales, disparaissent après un laps de temps qui varie entre trois et quinze minutes, selon les sujets et selon l'intensité des tensions électriques. L'application d'un courant de pile faible (de deux à six éléments de Gaiffe) sur les centres nerveux a exactement le même effet. Le procédé le plus commode consiste à placer les deux électrodes en face l'une de l'autre sur les deux régions temporales. On peut aussi appliquer une électrode (la positive ou la négative indifféremment) sur le front ou la nuque et l'autre sur la région lombaire de la colonne vertébrale ou sur le ventre. Lorsque l'électrisation a été prolongée assez longtemps (dix à vingt minutes au plus), toutes les zones spasmogènes, sans exception, ont perdu leur excitabilité. On ne peut plus provoquer d'attaques convulsives par la pression même très énergique de ces zones. Mais leur disparition n'est que temporaire. Après quelques heures ou quelques jours les zones, rendues inexcitables par l'électrisation, reparaissent spontanément avec tous leurs caractères.

Toutes les zones spasmogènes perdent aussi leur excitabilité pendant la phase de résolution qui succède aux inhalations d'éther ou de chloroforme. Elles redeviennent excitables presque aussitôt après que le sommeil anesthésique est dissipé.

b) Les moyens locaux susceptibles de faire disparaître les zones spasmogènes sont assez nombreux. Les plus importants sont : l'anémie artificielle, la réfrigération, l'application de sinapismes, les injections sous-cutanées, l'électrisation localisée. A cause des

inconvénients qui pourraient résulter de leur application sur la tête ou sur le tronc, ces moyens n'ont été régulièrement étudiés que sur les zones spasmogènes des membres. Tout ce que nous connaissons aujourd'hui sur leur action est contenu dans la thèse de M. Gaube, et peut être résumé en peu de mots.

L'*anémie locale* résultant de l'application d'une bande de caoutchouc roulée autour d'un membre, fait disparaître les zones spasmogènes dans toute la partie anémiée du membre. Un lien circulaire assez serré pour gêner notablement la circulation en retour fait disparaître les zones au-dessous de lui. Si les troncs nerveux étaient excitables, ils perdent leur excitabilité au-dessous du lien et la conservent au-dessus de lui. Les zones reparaissent rapidement quand le lien compresseur est enlevé, à mesure que la circulation se rétablit.

La *réfrigération* de la peau qui recouvre une zone sous-cutanée des membres (par la pulvérisation d'éther avec l'appareil de Richardson ou par l'application du mélange de glace et de sel), abolit l'excitabilité de la zone refroidie pendant tout le temps que dure la réfrigération. Si les zones sont cutanées, leur refroidissement provoque, dès le début, des attaques convulsives qui empêchent de continuer l'expérience.

Les *sinapismes*, appliqués au niveau des zones cutanées ou sous-cutanées, font disparaître ces zones après quelques minutes d'application. Si les troncs nerveux étaient excitables, ils restent excitables seulement au-dessus de la région rubéfiée. Les sinapismes appliqués circulairement autour d'un membre font disparaître toutes les zones situées au-dessous d'eux et sont sans action sur les zones situées au-dessus. Les zones rendues inexcitables par les sinapismes reprennent leur excitabilité une dizaine de minutes environ après l'enlèvement des sinapismes. Quelquefois l'application d'un sinapisme sur une zone hystérogène d'un côté fait disparaître en même temps la zone symétrique du côté opposé.

Les *injections hypodermiques* d'eau pure au niveau des zones sous-cutanées abolissent temporairement l'excitabilité de ces zones.

Le passage à travers les régions spasmogènes de *courants faradiques* ou *galvaniques* de moyenne intensité supprime, après quelques minutes, l'action des zones soumises à l'électrisation localisée.

L'expérience doit être dirigée d'une façon un peu différente selon qu'il s'agit de zones sous-cutanées ou de zones cutanées.

Dans le premier cas, on promènera hardiment les électrodes ou le pinceau électrique sur la peau de la région hystérogène. Dans le second, il faudra éviter de toucher la zone elle-même. Les électrodes seront placées en dehors des limites de la région excitable. De plus, on aura soin de ne pas employer des courants trop intenses qui seraient capables de provoquer les convulsions avant que la zone eût perdu son excitabilité.

Sous l'influence de l'électrisation locale les zones disparaissent progressivement en quelques minutes. Les troncs nerveux situés au-dessus des points électrisés conservent leur excitabilité.

Les zones supprimées temporairement par l'électrisation reparaissent spontanément après un laps de temps qui varie d'ordinaire entre un quart d'heure et une heure.

Tel est, Messieurs, aussi brièvement résumé que possible, l'ensemble de nos connaissances actuelles sur la disparition artificielle des zones spasmogènes. Je ne veux pas insister plus longuement sur des faits qui serviront certainement un jour ou l'autre à établir la théorie des actions hystérogènes, mais qui n'ont eu jusqu'à présent que des applications cliniques très restreintes. Je ne pouvais cependant pas les passer complètement sous silence.

III

L'étude des zones spasmogènes serait très incomplète si on omettait de signaler le rôle qu'elles jouent souvent dans les phénomènes de l'aura des attaques spontanées ou provoquées.

Vous vous rappelez que les prodromes des attaques convulsives spontanées des hystériques se composent ordinairement de trois phases successives :

La première est caractérisée par un malaise général ou par une agitation inaccoutumée. Les malades se sentent « changés »; ils deviennent sombres, moroses; ils sont obsédés par des pensées tristes ou terrifiantes qui se rapportent à des épisodes de leur vie passée; ils ont quelquefois des hallucinations visuelles. C'est là ce qu'on appelle l'*aura psychique;*

Dans la deuxième, des douleurs contusives aiguës surviennent au niveau d'un ou plusieurs points hystérogènes. Ce sont habituellement des sensations pénibles de meurtrissure profonde, de serrement, de constriction, quelquefois assez fortes pour

arracher des cris aux malades. Elles persistent pendant un temps variable de quelques instants à plusieurs heures. Ce sont elles qui forment l'*aura sensitive* ou *hystérogène* et démontrent la participation active des zones spasmogènes dans le développement des attaques spontanées.

La troisième et dernière phase de l'aura hystérique est annoncée ordinairement par la sensation d'une boule qui semble se détacher de la région ovarienne et monter à l'épigastre, au cœur, à la gorge. Cette sensation, qui précède immédiatement l'explosion des convulsions, constitue l'*aura ovarienne.*

L'aura hystérique complète étant composée par les trois phases successives que nous venons d'indiquer, il est possible de provoquer l'attaque convulsive en donnant artificiellement naissance aux phénomènes qui caractérisent l'une ou l'autre de ces phases.

C'est vous dire que l'attaque convulsive peut être déterminée par la provocation de l'aura psychique, de l'aura hystérogène ou de l'aura ovarienne.

Quand les malades ont, dans leurs attaques spontanées, une aura psychique nettement définie, il suffit de rappeler à leur esprit la pensée triste ou l'hallucination terrifiante qui survient habituellement pendant cette phase de l'aura pour déterminer, par cela seul, l'apparition ultérieure des deux autres phases de l'aura et l'explosion des convulsions. Tel est le cas de la nommée Emma B... Pendant la durée de l'aura psychique spontanée, Emma B... pense toujours à la dépêche qui lui apporta la nouvelle de la mort subite de son amant et à l'émotion poignante qu'elle éprouva en en prenant connaissance. Or, il suffit de lui demander, à n'importe quel moment, si elle a reçu quelquefois des dépêches télégraphiques, pour qu'aussitôt elle devienne triste, inquiète, agitée; quelques instants après elle éprouve les sensations spéciales de l'*aura hystérogène,* puis celles de l'*aura ovarienne,* et bientôt après l'attaque éclate.

Une autre de nos malades, Alix S..., a été vivement impressionnée dans sa jeunesse par la vue de grenouilles que ses camarades de pension avaient placées un soir dans son lit. Elle eut, à la suite de la frayeur causée par la vue de ces animaux, ses premières grandes attaques, et, depuis cette époque, les grenouilles jouent un rôle prédominant dans les hallucinations de l'aura psychique qui précède ses attaques spontanées. Qu'on vienne à parler de grenouilles devant elle, aussitôt elle pâlit, son visage exprime l'épouvante,

les douleurs de l'aura hystérogène surviennent, l'aura ovarienne les suit de près, et finalement les convulsions hystériques se produisent.

Lorsque l'excitation provocatrice de l'attaque est représentée par la compression de l'une quelconque des zones spasmogènes des membres, du thorax ou de la tête, il n'y a pas d'aura psychique, mais l'excitation des points spasmogènes est suivie de l'aura ovarienne. Pour se rendre bien compte de la succession des phénomènes dans les expériences de ce genre, il faut choisir des zones modérément excitables et exercer sur elles une pression légère et soutenue. La malade éprouve alors, au niveau même de la zone comprimée, une douleur profonde, constrictive. Puis elle sent que la boule ovarienne « se décroche » et commence son ascension à travers l'abdomen et le thorax. Il n'y a pas, en général, d'irradiations intermédiaires entre la douleur locale de la zone excitée et la sensation de boule ovarienne. Les convulsions commencent, comme dans les attaques spontanées, quand la boule est arrivée à la gorge.

Les attaques provoquées par l'excitation de la région ovarienne ne sont précédées ni par une aura psychique ni par une aura hystérogène. La malade éprouve tout de suite la sensation de la boule hystérique qui s'élève et l'étrangle.

En résumé, les prodromes complets des attaques hystériques spontanées se composant de trois phases successives, on peut provoquer l'explosion des convulsions en donnant artificiellement naissance aux sensations qui caractérisent l'une ou l'autre de ces phases prodromiques. Dans ces cas, les phénomènes pathologiques évoluent suivant l'ordre régulier de leur succession naturelle dans les prodromes des attaques spontanées, à partir de la phase qui a été artificiellement provoquée; l'excitation expérimentale n'a pas d'effets rétroactifs.

IV

La connaissance des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices a une grande importance pratique.

J'ai des raisons sérieuses de penser que, dans un bon nombre de cas, les attaques violentes et prolongées des petites hystériques sont entretenues par l'excitation involontaire et inconsciente des zones spasmogènes de ces malades. Les personnes qui les entourent s'empressent autour d'elles, et, avec les meilleures intentions

du monde, s'efforcent de les maintenir aussi énergiquement que possible. Que la malade ait plusieurs zones excitables, et ce sera un hasard heureux si l'une d'elles n'est pas comprimée par ces aides trop dévoués, et si cette compression ne provoque pas des reprises incessantes des convulsions.

Les liens résistants, les camisoles de force, qu'on se croit trop souvent obligé d'employer, ont quelquefois le même effet.

Nous avons eu récemment dans le service un exemple frappant de cette influence fâcheuse de l'excitation involontaire des zones spasmogènes sur la prolongation indéfinie des attaques convulsives. Il nous a été fourni par la nommée Pauline T..., sur laquelle je vous ai montré, il y a quelques instants, des zones cutanées d'une si remarquable excitabilité. La première fois qu'on la conduisit à l'hôpital, ce fut à la suite d'une attaque convulsive qui avait duré douze heures consécutives. Les attaques qu'elle eut les jours suivants dans le service se prolongèrent aussi fort longtemps. Les efforts qu'on faisait pour maintenir la malade semblaient augmenter la violence des convulsions au lieu de les calmer. Sur ces entrefaites, nous découvrîmes ses zones cutanées des membres. Ordre fut donné de ne plus chercher à la maintenir de force, si elle venait à avoir des attaques nouvelles, et de se contenter de l'empêcher de tomber de son lit, en ayant bien soin de ne comprimer aucun des points excitables des membres. Depuis cette époque, elle a eu des attaques très nombreuses, mais jamais les convulsions n'ont duré plus de quelques minutes.

La possibilité de provoquer ou d'arrêter à volonté les attaques convulsives peut fournir au médecin les moyens de rendre aux malades de réels services.

Les cas où il y a avantage à provoquer des attaques ne sont pas rares.

Quelquefois les phénomènes de l'aura spontanée se prolongent et donnent lieu à des souffrances pénibles. Il suffit de provoquer artificiellement l'attaque pour faire cesser les angoisses et les douleurs qui dépendent de l'aura.

D'autres fois les attaques convulsives des hystériques sont suivies de certains accidents persistants, tels que contracture ou paralysie des membres, chorée saltatoire, spasmes rythmiques, etc., qui peuvent disparaître à la suite d'une nouvelle attaque spontanée ou provoquée.

Enfin, il est des cas dans lesquels la provocation possible

d'une attaque convulsive par l'excitation d'une zone spasmogène permet de fixer sur-le-champ un diagnostic difficile ou incertain. J'ai eu l'occasion récemment d'apprécier la valeur de ce moyen de diagnostic dans une circonstance particulièrement délicate, car l'erreur pouvait avoir les plus désastreuses conséquences.

Voici le fait : Je fus appelé, il y a quelques mois, par un médecin des environs de Bordeaux pour voir une de ses parentes, malade depuis la veille seulement et dont l'état inspirait déjà de terribles inquiétudes. Je me rendis aussitôt à l'appel de mon confrère. La malade était une jeune femme de vingt-quatre ans, enceinte de cinq mois et jouissant habituellement d'une excellente santé. La veille au soir elle avait dîné chez un de ses parents. Après le repas, et à la suite d'une contrariété sans importance, elle avait été prise subitement de convulsions violentes qui s'étaient reproduites toute la nuit à des intervalles rapprochés. Un chirurgien et un accoucheur appelés en consultation dès le matin avaient posé le diagnostic de *convulsions éclamptiques* et avaient conseillé l'avortement immédiat. Je vis la malade dans l'après-midi, vingt et une heures après le début des accidents. Elle ne répondait pas aux questions qu'on lui posait et paraissait être absolument privée de connaissance. De temps en temps elle avait de violentes convulsions cloniques, après lesquelles elle retombait aussitôt dans le coma. La température de la peau était normale; le pouls, régulier, battait 72 fois par minute. Les pupilles, moyennement dilatées, réagissaient très bien sous l'influence de la lumière. La malade n'avait eu ni selles ni miction involontaires. L'urine retirée par la sonde était claire, abondante et ne renfermait pas de traces d'albumine. Les battements de cœur du fœtus pouvaient être perçus dans la région iliaque gauche. Cet ensemble de symptômes me laissait des doutes sur la nature éclamptique des accidents. Mais la situation était assez pressante pour qu'on ne se contentât pas de présomptions plus ou moins hypothétiques. Je recherchai alors s'il existait sur quelque point du corps une zone spasmogène. La pression de la colonne vertébrale, des jarrets, des plis du coude resta inefficace. Mais, pendant que je pressais un point limité situé au-dessous du sein gauche, la malade se raidit tout à coup et eut une attaque de convulsions cloniques tout à fait semblable aux convulsions hystériques vulgaires. Cela pouvait être une simple coïncidence. J'attendis que l'attaque fût calmée, puis je pressai de nouveau la région sous-mammaire gauche, et les convulsions

recommencèrent aussitôt avec les mêmes caractères. Après cela il n'y avait plus de doute possible. Ma conviction était faite ainsi que celle de mon confrère. Nous pûmes affirmer à la famille de la malade qu'il ne s'agissait pas là de convulsions éclamptiques, mais de convulsions hystériques, ce qui comportait un tout autre pronostic. Nous nous contentâmes de conseiller quelques inhalations d'éther; les accidents se calmèrent rapidement, et la malade accoucha, au terme normal de sa grossesse, d'un enfant vivant et bien portant.

Des faits du même genre se présenteront peut-être un jour ou l'autre à votre observation. N'oubliez pas, si cela arrive, que la découverte d'une zone spasmogène peut, en un instant, faire cesser votre embarras, et n'hésitez pas à en faire la recherche avec le plus grand soin.

La possibilité d'arrêter les attaques convulsives par la compression des zones spasmo-frénatrices est une ressource précieuse dont le médecin a le devoir de se servir toutes les fois que les convulsions sont trop violentes ou trop prolongées. Il évitera ainsi aux malades des fatigues inutiles et à leurs familles les inquiétudes exagérées que cause presque toujours le spectacle de grandes attaques convulsives.

En résumé, la connaissance des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices met le médecin en mesure de rendre aux malades plusieurs sortes de services :

1° Elle lui permet d'éviter que les convulsions des hystériques soient exagérées ou prolongées par des manœuvres maladroites et inopportunes;

2° Elle lui fournit le moyen de provoquer artificiellement des attaques convulsives, ce qui peut être avantageux, soit pour faire cesser l'état pénible qui accompagne les auras prolongées, soit pour modifier certains accidents permanents de l'hystérie, soit pour fixer un diagnostic incertain;

3° Enfin, elle l'arme d'un moyen très efficace pour arrêter instantanément, dans beaucoup de cas, les attaques convulsives les plus violentes.

Ces avantages pratiques justifieront, je l'espère, les développements dans lesquels j'ai cru devoir entrer sur l'étude des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DES ATTAQUES CONVULSIVES

SOMMAIRE

I. Insuffisance des théories anciennes des attaques hystériques. Exposé des idées de Briquet.

II. Discussion de la théorie de Briquet. 1° Existe-t-il des centres encéphaliques des passions affectives? 2° L'excitation de ces centres donne-t-elle lieu à des réactions spéciales? 3° L'exagération de ces réactions peut-elle rendre compte des attaques hystériques?

III. Analyse expérimentale des mouvements résultant de l'excitation corticale du cerveau : mouvements simples et convulsions épileptoïdes. Analogies de ces réactions motrices avec celles qui se produisent dans les attaques hystériques.

IV. Interprétation pathogénique des différents phénomènes des attaques convulsives hystériques.

Messieurs,

Les convulsions hystériques dont nous avons étudié les caractères dans les leçons précédentes, ont évidemment pour condition causale immédiate, un état morbide de l'activité des centres nerveux. Quel est cet état? Sur quels éléments anatomiques siège-t-il? Par quel mécanisme arrive-t-il à déterminer la production et la sériation des phénomènes qui constituent les attaques convulsives? Telles sont les questions que je voudrais essayer de traiter aujourd'hui devant vous.

Je sais bien que, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est là une entreprise difficile. Mais qu'importe! Alors même que cette incursion dans le domaine des interprétations pathogéniques ne devrait nous conduire à aucune solution définitive, elle aurait toujours l'avantage de nous obliger à réfléchir à quelques-uns des problèmes les plus ardus de la physiologie pathologique, et de nous forcer à établir, en quelque sorte, à propos d'un cas particulier, le bilan de nos connaissances générales sur le fonctionnement des organes centraux de l'innervation.

I

L'histoire des théories à l'aide desquelles les anciens ont cherché à expliquer les convulsions hystériques est plus amusante qu'utile. Elle peut avoir de l'attrait pour les curieux qui cherchent à se rendre compte des origines et de l'évolution des doctrines médicales, mais elles manquent absolument d'intérêt pour les physiologistes qui désirent trouver dans les interprétations scientifiques autre chose que de futiles accumulations d'hypothèses sans fondement. Or, les théories anciennes de l'hystérie reposent entièrement sur des erreurs ou des superstitions si grossières qu'elles ne méritent même plus la discussion.

Ce serait perdre notre temps que de nous arrêter à exposer et à combattre : soit la doctrine hippocratique, d'après laquelle l'utérus serait un petit animal capricieux et volage, inclus dans un animal plus grand et capable d'entreprendre des promenades à travers les grandes cavités splanchniques de ce dernier, en causant des perturbations organiques graves, des suffocations, des palpitations, des convulsions, tout le long de son passage; soit la doctrine galénique, d'après laquelle la *passion utérine* serait le résultat de l'élaboration, dans la matrice insuffisamment satisfaite, d'humeurs peccantes susceptibles de monter au cœur et au cerveau; soit la doctrine des démonologistes, d'après laquelle les attaques hystériques seraient produites par la malice de méchants diables ayant élu domicile dans le corps des malades et prenant un cruel plaisir à démontrer leur puissance en terrassant leur victime et en la jetant dans d'horribles convulsions. D'ailleurs, si vous désiriez connaître par le détail ces théories surannées, vous en trouveriez l'exposition et la critique dans plusieurs ouvrages classiques, particulièrement dans celui de Briquet.

C'est aussi dans cet ouvrage que vous trouverez la première tentative sérieuse d'explication physiologique des attaques convulsives de l'hystérie, celle qui doit servir de base et de point de départ à notre étude actuelle.

Briquet considère comme établi qu'il existe dans l'encéphale une portion destinée aux passions affectives. Toute excitation vive de cette portion des centres nerveux se traduit extérieurement par un ensemble de manifestations qui représentent, à un

faible degré, la symptomatologie des attaques hystériques. Ces attaques ne seraient donc que l'exagération morbide d'une série de phénomènes normaux dépendant d'un certain mode d'excitation de l'encéphale, et les hystériques ne différeraient, en dernière analyse, des sujets sains que par l'excitabilité plus grande de leurs centres affectifs encéphaliques.

Je vous demande la permission de vous citer tout au long l'argumentation de Briquet, car c'est, à mon avis, un des passages les plus remarquables de son livre :

« Je suppose, dit-il, une femme impressionnable qui éprouve une émotion morale; à l'instant même, elle est prise d'un malaise et d'un sentiment douloureux de compression à la région épigastrique; la respiration se gêne et se trouble; il survient soit de l'anhélation, soit de l'oppression; des palpitations de cœur s'y joignent; la gorge se serre et la strangulation se manifeste.

» Si l'émotion a été fort vive, il se produit des vertiges, des troubles dans la tête, quelque peu d'embarras dans les idées, et la tendance à la perte de connaissance, qui est imminente, peut aller jusqu'à faire chanceler et à forcer de recourir à un appui pour prévenir la chute.

» Si, enfin, l'émotion a été très forte, les membres supérieurs deviennent le siège d'une sensation d'agacement et de fourmillement qui ne permet pas de les laisser un instant en repos; le besoin de les agiter, de les tordre se fait sentir; en même temps, les membres inférieurs éprouvent un tremblement convulsif tel que la station sur les jambes devient impossible et la perte de connaissance finit par avoir lieu. Au bout de quelques instants de ces malaises, arrivent les soupirs, les sanglots et les pleurs qui viennent terminer la scène; après quoi, tout rentre dans l'ordre, et il ne reste plus qu'un peu de céphalalgie et une courbature générale.

» Tels sont les traits principaux par lesquels se manifeste la réaction de la portion de l'encéphale où siègent les impressions affectives; il ne s'agit plus que de comparer ce tableau avec celui d'une attaque d'hystérie...

» Or, les phénomènes fondamentaux (de l'attaque hystérique) sont dans l'ordre suivant : malaise et sensation d'oppression et de constriction à l'épigastre, gêne de la respiration avec anhélation ou oppression, sensation de globe montant de l'épigastre à la gorge, palpitations, strangulation, perte de connaissance, agitation plus ou moins convulsive des membres et, à la fin, soupirs, sanglots et pleurs, puis céphalagie et courbature pendant vingt-quatre heures... Une attaque d'hystérie simple ne saurait donc être que la répétition exacte des troubles par lesquels se manifestent les impressions morales vives ou pénibles. On comprendra facilement que plus les sujets qui éprouvent ces impressions sont excitables, que plus ils sont hystériques, plus les phénomènes qui se produiront auront de violence et seront nombreux. Une hystérique est un sujet chez lequel ces manifestations se font avec facilité et comprennent dans leur champ un

nombre d'organes d'autant plus étendus qu'il s'en trouve qui, par leur susceptibilité propre, par leur habitude d'être mis en mouvement, sont prédisposés à entrer dans ces manifestations...

» En résumé, une attaque d'hystérie n'est rien autre chose que la réaction de la portion d'encéphale à laquelle aboutissent les impressions affectives, laquelle se traduit à l'extérieur par les actes exagérés ou pervertis à l'aide desquels ces impressions se manifestent habituellement au dehors.

» Quant au mécanisme de la production de l'attaque, il est souvent fort simple. Une excitation émanée d'un point quelconque de l'économie et transmise par des fibres nerveuses à l'encéphale, se réfléchit par l'entremise de ce centre nerveux sur des fibres motrices, pour donner lieu à des mouvements qui se manifestent dans les muscles de la vie animale et dans ceux de la vie organique... Sous l'influence de l'excitation des fibres nerveuses de l'encéphale, il se produit rapidement dans cet organe une congestion à laquelle il faut rapporter la chute subite et la perte de connaissance. Cette congestion est encore augmentée par les efforts de respiration et par les violents mouvements qu'exécutent les malades. En même temps le trouble des mouvements des muscles de la poitrine altère la respiration et y détermine la production d'un certain degré d'asphyxie, etc. »

J'ai tenu, Messieurs, à citer textuellement les opinions de Briquet, parce que je crois qu'elles renferment une grande part de vérité et qu'avec quelques modifications de détails elles doivent être considérées encore aujourd'hui comme l'expression la plus heureuse et probablement aussi la plus exacte de la formule pathogénique des attaques convulsives de l'hystérie. Nous allons d'ailleurs en analyser les différents termes.

II

L'attaque hystérique peut-elle être expliquée, ainsi que le dit Briquet, par la réaction exagérée des centres encéphaliques des passions affectives? Pour résoudre la question, il convient de la diviser. Elle comporte en effet trois parties distinctes : 1° Existe-t-il des centres encéphaliques des passions affectives? 2° Si ces centres existent, leur excitation donne-t-elle lieu à des réactions spéciales? 3° Si ces réactions sont réelles, leur exagération peut-elle rendre compte des phénomènes complexes des attaques hystériques?

1° *Existe-t-il des centres encéphaliques des passions affectives?* Sous ce nom de *passions affectives,* il faut comprendre tous les phénomènes psychiques impliquant un sentiment de

sympathie ou de répulsion, d'affection ou de haine, de désir ou de crainte pour un objet quelconque, c'est-à-dire à peu près toutes les émotions morales et la plupart des actes d'idéation. Or, personne ne peut douter qu'il n'existe dans l'encéphale des organes de réception et d'élaboration psychiques, et que ces organes ne soient reliés aux autres éléments encéphaliques par des voies de conduction qui assurent les rapports physiologiques et maintiennent l'harmonie des synergies fonctionnelles entre les différentes parties des centres nerveux. Il n'est pas possible d'affirmer aujourd'hui que les éléments spécialement affectés aux fonctions psychiques sont groupés dans un ou plusieurs centres anatomiquement distincts; il est même probable qu'ils ne sont pas localisés dans une région étroite de l'encépale; mais, au point de vue de la physiologie générale, c'est là un détail sans importance, car un organe est différencié par sa fonction et non par sa forme. Sous cette réserve, nous pouvons considérer comme parfaitement exact le point de départ de la théorie de Briquet, et nous devons admettre qu'il existe dans l'encéphale des organes ou tout au moins des associations d'éléments anatomiques spécialement affectés à l'élaboration des phénomènes psychiques.

2° *L'excitation des centres encéphaliques des passions affectives donne-t-elle lieu à des réactions spéciales?* Certainement oui, et les preuves qui le démontrent sont si nombreuses et si connues qu'il est à peine besoin de les rappeler. L'homme qui apprend tout à coup une mauvaise nouvelle, le soldat qui arrive sur le champ de bataille, l'amant qui attend sa maîtresse, l'acteur qui entre en scène, le concurrent qui se présente devant ses juges, la femme sensible qui assiste à un accident imprévu, l'enfant qui pâlit à l'idée de l'ogre, le voyageur qui traverse la nuit un forêt, etc., ne sont point dans leur état normal. Ils ne souffrent pas au sens physiologique du mot, car leurs organes sensitifs ne sont ébranlés par aucune impression violente, mais ils sont émus. Or, l'*état d'émotion* est précisément le résultat spécial de l'excitation des organes encéphaliques des passions affectives. Il varie dans ses manifestations avec l'impressionnabilité du sujet et aussi avec la nature et le degré de l'excitation psychique qui l'a provoqué. Ses symptômes sont complexes. Dans certains cas, l'émotion prend à la gorge, coupe la respiration, serre le cœur, arrête la digestion, rend tout tremblant, enlève les idées, paralyse les mou-

vements et déprime toutes les fonctions; dans d'autres, elle excite l'activité, décuple les forces, élève le cœur, stimule le courage, et d'un poltron fait un héros. Ces diverses expressions, consacrées par l'usage, correspondent à des états psycho-physiologiques que nous connaissons tous pour en avoir ressenti les effets dans maintes circonstances.

Quant au mécanisme en vertu duquel des excitations purement psychiques arrivent à retentir sur les grandes fonctions organiques (respiration, circulation, digestion) et à stimuler ou à déprimer l'activité des centres moteurs et sensitifs, il est facile à concevoir si l'on tient compte de la loi qui préside à la diffusion des excitations dans les éléments cellulaires du système nerveux et qui peut être formulée dans les termes suivants : *l'irritation fonctionnelle d'une cellule nerveuse ne reste jamais limitée à la cellule directement irritée; elle se transmet de proche en proche aux cellules voisines, de telle sorte que la mise en activité d'une seule cellule nerveuse modifie l'excitabilité de tous les centres nerveux.*

Les preuves sur lesquelles repose la démonstration de cette loi sont très nombreuses. Vous savez qu'il est impossible de contracter énergiquement un seul muscle ou un seul membre sans contracter aussi, dans une certaine mesure, les muscles voisins ou les membres du côté opposé. Pourquoi? Parce que l'excitation initiale, ne restant pas limitée aux cellules nerveuses directement sollicitées à l'activité, s'étend aux cellules voisines et les met en état d'irritation fonctionnelle. De même, l'attente d'une sensation rend la perception de cette sensation plus rapide et plus nette, parce que l'excitation des centres psychiques de l'attention réagit sur les centres sensitifs et modifie leur excitabilité.

MM. Bubnoff et Heidenhain ont fait une curieuse expérience qui démontre très nettement, ce me semble, l'action stimulante de l'excitation des centres sensitifs sur l'excitabilité des centres moteurs. Sur le gyrus sigmoïde d'un chien morphinisé, ces deux physiologistes déterminent, par tâtonnement, l'intensité minima du courant faradique susceptible de provoquer des contractions musculaires dans l'un des groupes musculaires du côté opposé. Avec un courant de moindre intensité, il ne se produit aucune réaction motrice. Toutefois ce courant, inefficace dans les conditions habituelles, déterminera des contractions musculaires très fortes si, avant de l'appliquer sur les circonvolutions, on effleure la peau

qui recouvre les muscles actionnés par le centre cortical excité. L'hyperexcitabilité artificiellement provoquée par ce procédé ne persiste que quelques secondes, mais on peut la reproduire plusieurs fois de suite [1].

Si, au contraire, ainsi que cela résulte des recherches que j'ai faites sur ce sujet avec le concours de mon excellent ami M. François-Franck, on pince énergiquement la peau de l'animal, l'excitabilité des centres moteurs est diminuée, et le courant minimum, efficace avant la production de la douleur, devient inefficace après [2].

Il est bien difficile d'expliquer ces faits autrement que par une diffusion sur les centres moteurs des excitations transmises aux centres sensitifs ou plutôt par une modification dynamique des cellules motrices, résultant de l'irritation fonctionnelle des cellules sensitives.

Les excitations psychiques sont soumises aux mêmes lois. Elles ne restent pas limitées à leur point d'origine. Les changements moléculaires qui correspondent à l'activité des éléments cellulaires ébranlés par les passions affectives rayonnent dans tous les sens, stimulent ou dépriment l'excitabilité des éléments voisins, retentissent sur les centres moteurs et sensitifs, sur les noyaux d'origine des nerfs viscéraux, et finalement déterminent l'*état d'émotion*, c'est-à-dire l'état psycho-physiologique qui est l'expression spéciale de la réaction des centres nerveux aux excitations psychiques.

3° *L'exagération des réactions spéciales succédant à l'excitation des centres des passions affectives peut-elle rendre compte de la production des attaques hystériques?* Nous voici arrivés au point culminant de notre étude. Remarquez bien que nous n'avons pas à nous demander maintenant si les émotions morales sont capables de provoquer des attaques d'hystérie. C'est là une question jugée dans le sens de l'affirmative par l'observation clinique, et il ne faut pas songer à faire appel de cette sentence, car aucune démonstration théorique ne saurait prévaloir contre les faits. Mais, étant admis qu'il existe des rapports de causalité entre les émotions morales et les attaques hystériques, nous avons à rechercher par quel mécanisme physiologique l'attaque-effet

[1] Bubnoff et Heidenhain, *Ueber Erregungs und Hemmungs-vorgänge innerhalb der motorischen Hirncentren* (*Pflüger's Archiv für gesammelte Physiologie* Bd XXVI).

[2] François-Franck et A. Pitres, *Recherches expérimentales et critiques sur l'excitabilité des hémisphères cérébraux* (*Archives de physiologie*, 1883, 3e série, t. V).

succède à l'émotion-cause, afin de savoir, en définitive, si les phénomènes complexes des attaques peuvent, oui ou non, s'expliquer par l'hypothèse d'une exagération des réactions d'origine psycho-émotionnelle.

Si l'attaque d'hystérie se bornait à ses phases initiales, si elle se composait exclusivement des symptômes de la période præ-convulsive : idées tristes, recherche de la solitude, suffocation, strangulation, sanglots, palpitations de cœur, langueur d'estomac, lipothymies, sensations douloureuses dans les membres, pandiculations, hoquet, besoin d'activité physique, secousses musculaires et autres, il y aurait une telle analogie entre ses caractères cliniques et ceux de l'état dans lequel se trouvent souvent les personnes frappées d'une émotion violente, que tout le monde conclurait de la comparaison des deux séries de phénomènes à l'identité de leur nature intime. Mais les symptômes communs que nous venons de rappeler sont suivis, dans les attaques hystériques, d'une période convulsive plus ou moins violente, commençant en général par des convulsions toniques épileptoïdes et se continuant sous la forme de mouvements désordonnés. Quelle est la raison d'être de ces convulsions, et comment se rattachent-elles aux manifestations initiales de l'attaque? On peut, si je ne me trompe, l'expliquer assez facilement.

Nous avons été conduits à admettre précédemment qu'il existe des organes centraux spécialement affectés aux fonctions psychiques, que l'excitation de ces organes se propage dans l'encéphale et modifie l'excitabilité des autres centres fonctionnels, que les réactions provoquées par la diffusion de leur excitation sont la condition psycho-physiologique de l'état d'émotion, et, enfin, que les phénomènes observés pendant la phase initiale des attaques sont identiquement semblables à ceux qui caractérisent l'état d'émotion. Nous pouvons dès lors supposer que la condition organique des deux phénomènes est la même, c'est-à-dire qu'ils dépendent tous les deux d'une même modification de l'excitabilité encéphalique, provenant d'une seule et même cause : la diffusion d'excitations primitivement localisées dans les centres psychiques. S'il en est ainsi, les cellules des régions motrices du cerveau doivent être influencées comme toutes les autres, et nous en arrivons alors à nous demander si la période convulsive des attaques hystériques n'est pas tout simplement la réaction motrice naturelle résultant de l'irritation fonctionnelle des centres moteurs corticaux,

irritation résultant de la diffusion des excitations provenant des centres psychiques.

A priori, vous le voyez, l'hypothèse n'a rien d'invraisemblable. Peut-être n'est-elle pas vraie; mais, dans tous les cas, elle mérite de fixer l'attention. Étudions-la donc sans parti pris, en profitant des travaux qui ont été publiés dans ces derniers temps sur les effets des excitations expérimentales de l'écorce du cerveau.

III

Quand, après avoir mis à nu les circonvolutions motrices du cerveau d'un chien ou d'un singe, on lance dans ces circonvolutions des excitations électriques, on peut provoquer deux sortes de réactions motrices : 1° des mouvements simples succédant immédiatement aux excitations et cessant brusquement avec elles; 2° des mouvements convulsifs susceptibles de se prolonger après la cessation des excitations provocatrices sous la forme d'accès d'*épilepsie partielle* ou *jacksonienne*.

Les *mouvements simples* se produisent surtout après les excitations brèves, peu nombreuses et d'intensité modérée. Ils sont en rapport direct avec l'excitation qui leur a donné naissance : une secousse électrique donne lieu à une contraction musculaire; deux secousses déterminent deux contractions, etc. Ils restent limités aux groupes musculaires dont les centres sont excités; pour qu'ils s'étendent à d'autres muscles, il faut que l'expérimentateur change l'écartement ou le point d'application des électrodes. Ils impriment en général aux membres de l'animal des déplacements étendus de flexion, d'extension, de rotation, etc., analogues à ceux qui se produisent dans ces mêmes membres sous l'influence de la volonté, à tel point qu'il est possible, après quelques tâtonnements préliminaires et en limitant exactement les champs d'excitation, de faire exécuter aux animaux en expérience des mouvements précis, systématisés, de leur faire élever telle patte, étendre telle autre, etc., ainsi que l'a montré M. Ferrier dans ses conférences publiques.

Les *mouvements convulsifs* sont bien différents. Ils surviennent de préférence après les excitations prolongées, fréquemment répétées ou très intenses d'emblée. Développés à la suite de ces excitations, ils deviennent, dès l'instant où ils ont débuté, indé-

pendants de la cause qui les a provoqués, c'est-à-dire qu'ils continuent leur évolution quoique le courant excitateur ne passe plus dans le cerveau. En outre, ils ne restent pas nécessairement limités, comme les mouvements simples, aux muscles correspondant aux centres primitivement excités. Après avoir pris naissance dans un membre ou dans un groupe musculaire isolé, ils peuvent s'étendre de proche en proche aux muscles voisins, gagner les quatre membres et se généraliser à tout le corps. Enfin, leurs caractères myographiques les différencient nettement des mouvements simples : ils débutent par une rigidité tétanique des muscles atteints, suivie de secousses brèves, serrées, rapides, devenant ultérieurement et graduellement plus amples et moins rapides.

Le mécanisme de ces accès convulsifs est plus complexe qu'il ne le semble au premier abord. Par le fait même qu'ils succèdent aux excitations intenses ou prolongées de l'écorce, on est naturellement porté à penser qu'ils sont l'expression la plus violente des réactions motrices de l'écorce elle-même. Mais cette explication est insuffisante, car si on enlève vivement d'un coup de couteau, les circonvolutions motrices du cerveau dans le cours d'un accès épileptoïde, l'accès n'en continue pas moins son cours. Il est plus probable, ainsi que nous l'avons soutenu, M. François-Franck et moi, dans plusieurs publications, que l'accès épileptoïde est le résultat d'une excitation secondaire des centres moteurs de la protubérance et du bulbe, lesquels, après avoir été actionnés par la transmission des excitations venues de l'écorce, interviennent pour leur propre compte et sont, en somme, les véritables organes centraux des convulsions épileptoïdes [1].

Mais ne nous arrêtons pas à ce détail. Il nous suffit de savoir pour le moment que l'excitation expérimentale des régions motrices du cerveau peut être suivie, tantôt de grands mouvements cloniques ayant les apparences extérieures des mouvements intentionnels, tantôt de mouvements convulsifs toniques à type épileptoïde, pour que nous soyons autorisés à rapporter à l'excitation pathologique des mêmes régions du cerveau les mouvements désordonnés des membres qui se produisent dans le cours des attaques hystériques et les secousses épileptoïdes qui surviennent habituellement au début de ces attaques.

[1] François-Franck et A. Pitres, *Recherches expérimentales et critiques sur les convulsions épileptiformes d'origine corticale* (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1885, 3e série, t. II).

En réalité, et pour appeler franchement les choses par leur nom, les attaques convulsives hystériques seraient constituées *par une phase d'épilepsie corticale résultant d'une décharge brutale de l'écorce sur les centres basilaires et par une phase de convulsions désordonnées provoquées par des décharges moins fortes et isolées des différentes régions motrices des circonvolutions cérébrales.*

Ne vous étonnez pas, Messieurs, de ce mot d'*épilepsie corticale.* L'affection convulsive qui a été désignée sous ce nom et qu'on appelle aussi *épilepsie partielle* ou *épilepsie jacksonienne,* n'a, avec l'épilepsie vraie, que de grossières analogies. Elle en diffère par une foule de caractères cliniques, par son étiologie, son évolution, sa curabilité, et surtout par ce fait que les convulsions qu'elle provoque peuvent souvent être arrêtées au début de leur évolution par des excitations extérieures, telles que constriction des membres, traction des extrémités, compression des carotides, etc., tandis qu'aucun de ces moyens ne réussit à retarder, à arrêter ou à suspendre les accès d'épilepsie vraie. Il n'y a donc aucune contradiction entre ce que je viens de vous exposer et ce que je vous disais dans une des précédentes leçons sur la dualité nosologique de l'hystérie et de l'épilepsie, car l'épilepsie partielle n'est pas une forme légère ou bénigne du mal comitial, c'est une affection convulsive distincte, autonome, ressemblant sous quelques rapports à l'épilepsie vraie, mais en différant aussi sous beaucoup d'autres.

Je ne serai pas assez téméraire pour vous affirmer que l'interprétation pathogénique à laquelle nous nous sommes arrêtés est la traduction fidèle de la réalité. Mais je crois qu'elle est au moins vraisemblable et qu'elle ne se heurte à aucune objection capitale. Il n'en est pas de même des autres hypothèses qui ont été proposées pour expliquer la production des convulsions hystériques.

Ainsi, Marshall-Hall expliquait ces convulsions par la congestion cérébrale déterminée par les troubles respiratoires résultant de l'occlusion convulsive de la glotte (laryngisme) et par la compression des veines du cou succédant à la contraction des muscles cervicaux (trachélisme). Or, je crois avoir démontré avec M. François-Franck que la congestion du cerveau provoquée par la ligature des veines du cou ou par la section des nerfs sympathiques n'augmente pas sensiblement l'excitabilité de la zone motrice et que l'asphyxie déterminée par l'occlusion de la trachée est plutôt

de nature à empêcher qu'à provoquer les convulsions d'origine corticale [1].

Plus tard, quand les belles recherches de Claude Bernard eurent démontré l'indépendance relative des circulations locales, on chercha à expliquer tous les symptômes de l'hystérie par des perturbations de l'appareil vaso-moteur encéphalique. Les anesthésies, les paralysies, les attaques convulsives, tout dépendait de resserrements ou de dilatations des vaisseaux des centres nerveux. On ne comprenait pas qu'il pût se produire des modifications de l'excitabilité de ces centres sans variations préalables de leur irrigation sanguine, et on admettait sans conteste l'existence d'anémies ou d'hyperémies locales toutes les fois qu'on avait à expliquer un trouble quelconque des fonctions encéphaliques. On est revenu à une appréciation plus exacte des faits, et Vulpian a été un des premiers à combattre l'exagération de ces théories. « Quelle que soit, dit-il [2], la mobilité des phénomènes symptomatiques de l'hystérie, je n'hésite pas à dire qu'ils traduisent de réelles modifications des éléments de la substance grise des centres nerveux. Ces modifications ne consistent évidemment pas en une destruction de matière; il y a sans doute un simple dérangement moléculaire ou quelque autre changement facilement réparable; mais je ne pense pas que l'hypothèse d'un trouble circulatoire suffise pour expliquer ces divers accidents. On conçoit aisément qu'une région plus ou moins limitée de l'isthme encéphalique ou de la moelle perde complètement et tout d'un coup ses aptitudes fonctionnelles, par suite d'un changement moléculaire survenu dans les éléments de la substance grise; mais il est bien difficile de se rendre compte d'un pareil effet, en supposant qu'il soit dû à une brusque interception de la circulation dans cette région des centres nerveux. Il faudrait imaginer un resserrement vasculaire, allant jusqu'à l'effacement des vaisseaux, soit dans une moitié latérale de la moelle, du bulbe rachidien et de la protubérance annulaire, soit dans la moitié inférieure de la moelle, soit enfin dans tel ou tel foyer d'origine des nerfs crâniens ou rachidiens. Une telle hypothèse est déjà bien peu acceptable; mais comment admettre que cette constriction des vaisseaux puisse se limiter, dans toute une moitié de la moelle épinière et de l'isthme

[1] François-Franck et A. Pitres, *Recherches expérimentales et critiques sur les convulsions épileptiformes d'origine corticale (Archives de physiologie normale et pathologique)*, 1885, 3e série, t. II.

[2] Vulpian, *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*. Paris, 1875, t. II, p. 99.

de l'encéphale, aux foyers d'origine des nerfs sensitifs, et déterminer ainsi une hémianesthésie complète sans paralysie du mouvement? Si la supposition d'un trouble circulatoire dans les centres nerveux rencontre de telles difficultés lorsqu'il s'agit d'expliquer les accidents paralytiques et anesthésiques de l'hystérie, que sera-ce si l'on cherche à se rendre compte ainsi des phénomènes d'excitation bulbo-médullaire, des hyperesthésies, des convulsions, des contractures et des symptômes mixtes de paralysie et d'excitation : c'est-à-dire, par exemple, de ces cas où une contracture coexiste avec une anesthésie complète dans une partie du corps? » Il n'y a rien à ajouter à ces critiques, si ce n'est qu'alors même que le spasme vasculaire serait la condition immédiate des troubles encéphaliques, il faudrait encore expliquer la raison d'être de ce spasme.

IV

Nous pouvons maintenant reconstituer par la pensée la série des phénomènes qui se passent au sein des centres nerveux dans le cours des attaques convulsives de l'hystérie. Supposons, si vous voulez, une jeune femme soudainement épouvantée par un spectacle terrifiant. Il en résultera aussitôt un ébranlement violent des éléments centraux de l'activité psychique, donnant lieu aux symptômes vulgaires de l'émotion, symptômes qui sont identiques à ceux de l'aura hystérique : concentration de la pensée, tristesse, ennui, recherche de la solitude, agacement, irritabilité. En général, tout se borne à cela, du moins chez les sujets bien portants. Mais si la personne supposée est hystérique ou prédisposée à l'hystérie, la frayeur peut devenir l'occasion d'une attaque. Alors l'excitation, primitivement localisée à certaines régions du cerveau, s'irradie aux autres parties de cet organe. Les palpitations, les sanglots, l'angoisse respiratoire, les sensations de strangulation, les bâillements, les hoquets, etc., sont les conséquences directes de sa transmission aux centres cardio-respiratoires; les douleurs erratiques, les souffrances localisées dans certains points du tronc ou des membres, les hallucinations indiquent son passage sur les centres sensitifs ou psycho-sensoriels; enfin, les convulsions révèlent son extension aux centres moteurs corticaux et basilaires.

Après la tourmente, certains sujets ne reviennent pas tout de suite à eux; ils restent en état de sommeil hypnotique, état qui

correspond à une modalité particulière de l'activité des centres nerveux, dont nous ne connaissons pas la nature, mais dont nous savons très bien qu'il peut être provoqué par une foule de moyens apportant dans l'exercice des fonctions cérébrales incomparablement moins de perturbations que ne le fait une attaque d'hystérie.

Il est à peine besoin d'ajouter que les attaques, provoquées une première fois par une cause violente, se renouvelleront ultérieurement avec d'autant plus de facilité qu'elles se seront répétées un plus grand nombre de fois. Il est inutile de dire également que les manifestations extérieures des attaques varieront d'un sujet à l'autre selon la nature des excitations provocatrices et de l'excitabilité relative des différentes parties des centres nerveux. Tout cela se comprend aisément.

Le fait capital, celui qui domine toute cette étude et qui doit lui servir de conclusion, c'est que l'hyperexcitabilité de certaines régions des centres nerveux et l'exagération morbide des réactions partant de ces régions hyperexcitables paraissent être, ainsi que l'a fort bien compris Briquet, la cause intime des attaques convulsives hystériques, et qu'elles rendent suffisamment compte de la sériation des phénomènes complexes qui composent ces attaques.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

TRAITEMENT DES ATTAQUES CONVULSIVES

SOMMAIRE

I. Moyens thérapeutiques préconisés par les anciens auteurs. Traitements dérivant de la théorie utérine de l'hystérie.

II. Conduite à tenir en présence d'une hystérique en état de convulsions; moyens propres à arrêter les attaques.

III. Procédés à employer pour éviter la répétition immédiate des attaques. Effets spasmogènes et spasmo-frénateurs de la vision colorée. Application des lunettes colorées au traitement de certains cas d'hystérie convulsive. Exemple de guérison obtenue par ce moyen.

Messieurs,

Les attaques convulsives de l'hystérie ont relativement peu de gravité. Même quand elles se prolongent fort longtemps, même quand elles se répètent à de courts intervalles, elles ne mettent pas en danger les jours des malades. L'état de mal hystérique diffère notablement en cela de l'état de mal épileptique, lequel se termine habituellement par la mort dans un laps de temps restreint.

Néanmoins, il y a intérêt à faire cesser le plus tôt possible les paroxysmes convulsifs des hystériques, et je vais vous indiquer les moyens dont nous disposons pour atteindre ce but.

I

Rien ne montre mieux que l'histoire des traitements appliqués aux convulsions hystériques, l'influence fâcheuse des doctrines erronées sur la pratique médicale.

Pendant plusieurs siècles, on a considéré l'utérus comme l'organe provocateur des attaques convulsives de l'hystérie. On le supposait doué d'une sensibilité et d'une activité propres; on l'accusait d'entreprendre des pérégrinations capricieuses au milieu

des viscères abdominaux et thoraciques. C'est lui qui, s'agitant dans le ventre, donnait la sensation de boule mobile; c'est lui qui, montant au cœur et à la gorge, provoquait les palpitations cardiaques et la strangulation.

L'indication thérapeutique qui découlait de ces doctrines pathogéniques était très simple : ramener l'utérus à sa place et l'empêcher d'en sortir. Pour arriver à ce résultat, on pouvait employer soit la douceur et la persuasion, soit la contrainte et la violence.

Les procédés de douceur consistaient à offrir à l'utérus des satisfactions de nature à l'attirer et à le fixer dans le petit bassin.

Or, qu'est-ce que l'utérus affectionne par-dessus tout? Au dire d'Hippocrate et des anciens auteurs, les bonnes odeurs et les sensations voluptueuses.

Dès lors, quand on se trouvait en présence d'une personne en proie à des convulsions hystériques, il fallait commencer par oindre la vulve de substances aromatiques, en même temps qu'on faisait inhaler à la malade des substances fétides afin d'engager la matrice à regagner sa place habituelle.

Ces moyens ont été recommandés par les médecins les plus autorisés. Ambroise Paré énumère avec complaisance les parfums dont on doit enduire la vulve : gingembre, benjoin, thym, lavande, cannelle, musc, ambre et civette.

Pendant que ces parfums odoriférants sont dirigés sur la matrice, on enverra, dit-il, sur le nez et la bouche de la malade des vapeurs de substances fétides *comme galbanum, sapagenum, ammoniacum, assa fœtida, bitumen, oleum gazatæ, huile de soulphre et de pétrolle; aussi des chandelles de suif recentement esteintes, plumes de perdrix, bécasses et de tous autres oiseaux, poil d'homme, de bouc, de vache, drap, feutre, vieilles savates de souliers, ongles et cornes de bestes, poudre à canon et soulphre vif brulés et autres choses semblables, afin que cette puante vapeur contraigne la matrice d'aller en bas..., car la matrice fuit les choses puantes et se plaist aux choses odoriférantes*[1].

Si l'utérus ne se décidait pas à revenir assez tôt à sa place, on avait recours aux frictions clitoridiennes. Galien les faisait pratiquer par les matrones romaines. Forestus recommandait aux sages-femmes qu'il chargeait de cette mission, d'enduire leurs doigts

[1] Ambroise Paré, 4e édition. Paris, 1585, p. 994.

avec de l'huile de musc, et il ajoute très sérieusement que ce mode de traitement est surtout utile chez les veuves, les filles chastes et les religieuses. Sauvage, ayant à soigner une nonne, fit pratiquer la titillation du clitoris par un chien.

Duret employa un procédé plus moral. Une de ses clientes ayant de grandes attaques de nerfs, il fit appeler son mari et ordonna à la malade « *ut rem cum uxore habueret* ». Et il ajoute, dans un langage admirable de précision et de laconisme : « *Rem habuit et statim convaluit.* »

Ambroise Paré approuve beaucoup ce procédé, mais il ne le croit applicable qu'après la crise. *Si la femme est mariée,* dit-il, *le paroxysme estant passé et la femme estant resveillée, qu'elle aye compagnie de son mari, car telle chose surpasse tous autres remèdes*[1].

La matrice résistant parfois aux moyens précédemment indiqués, on imagina de la ramener à sa place par des pressions habilement combinées et de la contraindre et à y rester en appliquant sur le ventre une grosse pierre. Fernel prétend avoir réussi à repousser la matrice dans le bassin. *J'ai souvent senti,* dit-il, *qu'elle s'élevait vers l'estomac en forme d'une boule et qu'elle l'oppressait bien fort, et qu'étant plusieurs fois repoussée avec la main, elle retournait manifestement à sa place. Et véritablement cela ne doit pas sembler plus étrange que quand on la voit descendre si bas qu'elle tombe presque toute*[2].

Au commencement de notre siècle, Récamier faisait étendre les malades sur un matelas par terre. On plaçait un coussin sur leur ventre et sur ce coussin on faisait asseoir un aide. Briquet juge cette pratique illusoire, mais la région ovarienne des hystériques étant souvent le siège de zones spasmo-frénatrices, on comprend très bien que Récamier ait pu obtenir par ce moyen des résultats avantageux.

Indépendamment des méthodes de traitement que je viens de vous indiquer, les auteurs ont recommandé une foule de moyens empiriques, parmi lesquels je vous signalerai seulement les saignées générales ou locales, les vomitifs, les lavements purgatifs ou glacés, la compression des carotides, les inspirations d'acide carbonique, l'insufflation de poivre dans les narines pour provoquer l'éternuement, la ligature des membres[3], etc.

[1] Ambroise Paré, *loc. cit.*, p. 995.
[2] Fernel, cité par Landouzy, *Traité complet de l'hystérie,* p. 36.
[3] Un préjugé ancien voulait que la ligature ne fût efficace que si le lien était fabriqué

Mais je me suis déjà trop étendu sur des détails historiques qui n'ont aucune utilité pratique; j'ai hâte de vous indiquer maintenant la ligne de conduite que vous devrez suivre lorsque vous serez appelés auprès d'une personne en proie à des convulsions hystériques violentes.

II

Dans la grande majorité des cas, vous trouverez la malade entourée par des amies obséquieuses et des parents affolés. Des voisines s'empressent à lui donner des soins : les unes la maintiennent en serrant de toutes leurs forces ses bras et ses jambes, les autres lui font respirer des sels ou cherchent à lui faire avaler des liquides; toutes s'agitent et ne cessent de disserter sur la nature et la gravité du mal.

Ne perdez pas votre temps à répondre aux questions incohérentes qu'on vous posera dès votre arrivée. Choisissez dans l'assistance la personne qui vous paraîtra la plus sérieuse, passez avec elle dans un appartement voisin et faites-vous raconter exactement les circonstances dans lesquelles s'est développée la crise; car avant d'agir il faut absolument que vous ayez posé un diagnostic précis, et pour poser un diagnostic il est nécessaire que vous connaissiez les commémoratifs.

Revenu dans la chambre de la malade, votre premier soin doit être d'écarter tous les dévouements inutiles et de prier surtout les aides qui maintiennent la patiente de ne pas faire trop de zèle. Leur rôle doit consister à éviter les chutes dangereuses et non pas à immobiliser les membres du sujet en les comprimant avec violence.

Quelquefois, le fait seul d'abandonner la malade à elle-même suffira pour arrêter la crise; car sous le prétexte de maintenir étroitement les malades, on comprime assez souvent des zones spasmogènes dont l'excitation, sans cesse renouvelée, prolonge indéfiniment les convulsions.

Si, malgré cela, la crise continue, vous devez procéder à la

avec de la peau d'homme. Bonet, l'auteur bien connu du *Sepulchretum*, raconte que sa mère, atteinte d'hystérie, se servait avec avantage de ce moyen et qu'elle portait toujours sur elle un lien en peau d'homme. Quelques personnes ayant essayé le même agent thérapeutique sans succès, Bonet l'explique en disant que sans doute elles avaient employé des liens en peau de femme. (Cité par Landouzy, *loc. cit.*, p. 284.)

recherche régulière des zones spasmo-frénatrices, en commençant par les régions où siègent le plus fréquemment ces zones, c'est à dire par la région ovarienne gauche et par la région épigastrique.

Il importe de faire cette recherche avec calme, sans se laisser influencer par les doléances des commères qui, ne comprenant pas pourquoi on exerce des pressions énergiques sur différents points du corps de la malade, se livrent à des appréciations peu bienveillantes et ne manquent pas d'accuser le médecin de brutalité si, par hasard, en cherchant des points spasmo-frénateurs, il rencontre des zones spasmogènes dont l'excitation provoque une évidente recrudescence des convulsions. En revanche on le porte aux nues lorsque, sous la pression de ses doigts, la crise s'arrête comme par enchantement.

Ce résultat n'est malheureusement pas constant. Il y a des malades qui n'ont pas de zones spasmo-frénatrices; chez elles il faut, pour faire cesser les convulsions, avoir recours à d'autres méthodes thérapeutiques.

L'une des plus efficaces est la compression lente des globes oculaires. Lasègue [1], Baillif [2], Paul Richer [3], etc., l'ont expérimentée avec succès dans un bon nombre de cas. J'ai eu l'occasion d'apprécier plusieurs fois ses bons résultats. Elle doit être faite avec douceur et prolongée pendant plusieurs minutes. Elle a pour effet de provoquer le sommeil hypnotique. On peut ensuite, ou bien laisser la malade dans l'état du sommeil jusqu'à ce qu'elle en sorte spontanément, ou bien la réveiller brusquement par les procédés habituels, particulièrement par l'insufflation sur les globes oculaires.

M. le professeur Bernheim (de Nancy) propose de provoquer d'emblée le sommeil hypnotique par suggestion verbale. Il dit aux malades : *vous ne souffrez plus; vous allez dormir; vous dormez,* et quand le sommeil est produit il le fait cesser en disant : *c'est fini; réveillez-vous.* Dans la plupart des cas les crises s'arrêteraient par le fait seul de ces injonctions impératives. « Il m'arrive souvent, dit M. Bernheim, d'arrêter ainsi instantanément ou en peu de minutes les crises d'hystérie qui se développent en ma présence. Il me suffit en général de dire : *c'est fini, la crise s'arrête; réveillez-vous*... Cette pratique est devenue usuelle

[1] Lasègue, *Les catalepsies partielles et passagères* (*Arch. gén. de méd.*, 1885).
[2] Baillif, *Du sommeil magnétique dans l'hystérie*. Th. Strasbourg, 1868.
[3] Richer, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*. Paris, 1881.

dans mon service : mes internes et même les sœurs arrêtent parfois par suggestion les crises hystériques qui se développent dans mes salles [1]. »

Ce procédé m'a paru réussir, en effet, quelquefois chez des malades très suggestibles, mais il échoue souvent, surtout chez les hystériques dont l'éducation hypnotique n'a pas été perfectionnée par des expériences antérieures.

Une autre méthode thérapeutique dont l'efficacité est incontestable c'est l'électrisation. On emploie, à la Salpêtrière, les courants continus, en plaçant une électrode sur le front et l'autre sur un point quelconque du ventre ou des cuisses, et l'on intervertit, à l'aide d'un commutateur, le sens du courant.

Pour obtenir un résultat rapide, il convient de se servir de courants assez forts (30, 40 et même 80 éléments de l'appareil Trouvé). Après une, deux ou trois interversions, l'attaque s'arrête tout net. La malade se réveille aussitôt et reprend immédiatement connaissance.

Le principal inconvénient de cette méthode, c'est qu'elle exige des appareils qu'on n'a pas couramment sous la main. On peut au contraire toujours se procurer sans difficulté diverses substances médicamenteuses dont les inhalations ont souvent d'excellents effets. Parmi ces substances je vous citerai le bromure d'éthyle, l'éther, le chloroforme, le nitrite d'amyle.

Enfin, dans certains cas, les injections sous-cutanées de morphine ont une action puissante; elles enrayent très rapidement les convulsions, mais il faut les employer avec une extrême prudence, parce que les hystériques deviennent très facilement morphinomanes. Les lavements de chloral peuvent aussi rendre quelques services.

III

Il est rare que, par l'un ou l'autre des moyens que je viens de vous indiquer, on n'arrive pas à arrêter les attaques convulsives de l'hystérie. Mais si le médecin, satisfait de ce premier résultat, se retire sans prendre des mesures pour empêcher le retour des convulsions, il est fort à craindre qu'il ne soit rappelé

[1] Bernheim, *De la suggestion comme moyen de couper une attaque d'hystérie* (*Bulletin médical*, 21 mai 1890).

quelques instants plus tard par suite d'une nouvelle recrudescence du mal. Comment doit-il procéder pour éviter cette fâcheuse éventualité? Cela dépend des cas.

Si la malade a une ou plusieurs zones spasmogènes très douloureuses et très excitables, il est indiqué d'appliquer sur ces zones des sachets de glace ou d'y faire, à des intervalles assez rapprochés, des pulvérisations d'éther.

Si la malade a une zone spasmo-frénatrice très active, on peut, en la comprimant au début de l'aura des attaques ultérieures ou en exerçant sur elle une compression permanente, éviter l'explosion de nouvelles convulsions. C'est en partant de ce principe qu'on a fait construire, pour certaines malades de la Salpêtrière, un bandage à ressort, analogue aux bandages herniaires, dont la pelote s'appuie sur la région ovarienne frénatrice. Armées de leur bandage, ces malades peuvent sortir toute la journée, vaquer à des occupations variées sans craindre d'être surprises inopinément par des attaques. C'est pour elles, vous le comprenez sans peine, un avantage considérable.

On peut encore modifier l'excitabilité des centres nerveux par l'administration d'une forte dose de chloral ou de morphine.

Si la malade est hypnotisable, on peut lui suggérer de n'avoir plus d'attaques pendant un laps de temps déterminé.

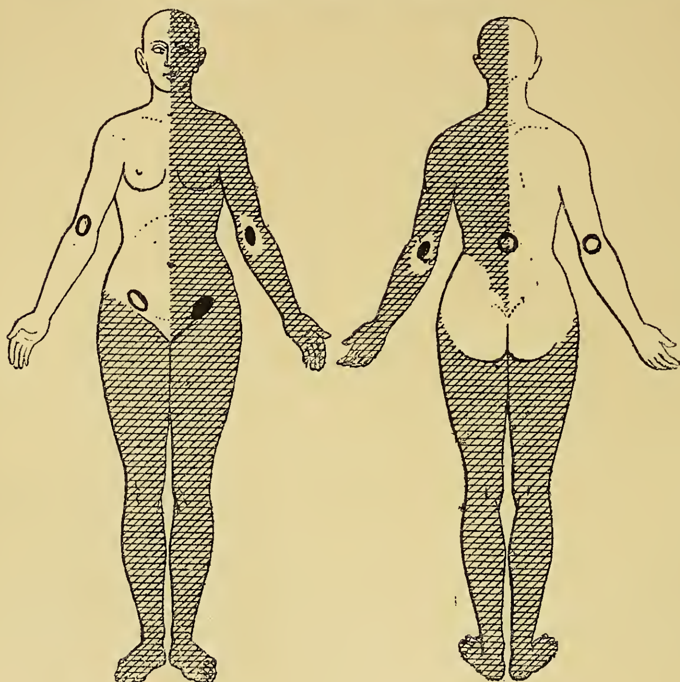
Enfin, il est un moyen que nous employons souvent dans le service et qui nous a donné quelquefois d'excellents résultats malgré son étrangeté : c'est l'emploi de lunettes colorées. Voici comment j'ai été conduit à expérimenter cet agent thérapeutique :

Lorsqu'en 1885 M. Féré fit connaître à la Société de biologie les résultats de ses intéressantes recherches sur l'action dynamogénique des sensations visuelles chez les hystériques, je résolus de répéter ses observations. Je me procurai un châssis de lunettes à verres mobiles et un jeu de verres de différentes couleurs destinés à être placés successivement devant les yeux des hystériques soumises aux expériences.

Indépendamment des faits signalés par M. Féré, je ne tardai pas à constater que la vision colorée avait une influence profonde sur le système nerveux de plusieurs de mes malades. Certaines couleurs leur étaient fort désagréables et provoquaient immédiatement l'explosion d'attaques convulsives, d'autres déterminaient en quelques secondes le sommeil hypnotique, d'autres enfin donnaient lieu à une sensation de bien-être des plus agréables.

Dans quelques cas même, ces couleurs sympathiques, perçues pendant la phase initiale des attaques, empêchèrent les convulsions de se produire. J'ai vérifié maintes fois, depuis cette époque, l'influence heureuse de la vision de certaines couleurs sur des hystériques à attaques convulsives fréquentes, et je puis vous montrer une petite malade que nous avons réussi à guérir très

Fig. 25. — Distribution de l'anesthésie cutanée et des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices de Camélia C...



rapidement par ce procédé. Son histoire peut être résumée en peu de mots :

Camélia C... est âgée de dix-huit ans. Son père est très nerveux; sa mère est morte folle à l'âge de trente-six ans. Elle a deux cousines germaines franchement hystériques.

Elle n'a pas eu, pendant son enfance, de maladies graves. Elle a été réglée à quinze ans, sans accidents. Placée vers cette époque, en qualité de cuisinière, chez une dame adonnée aux pratiques du mysticisme religieux le plus ardent, elle subit rapidement l'influence de sa maîtresse et devint d'une piété excessive. Quelques mois plus tard, sans cause occasionnelle connue, elle commença à avoir des attaques de nerfs, précédées par des suffocations, des battements de cœur et des langueurs d'estomac très

pénibles, accompagnées de mouvements désordonnés du tronc et des membres et suivies d'une phase très nette d'hypnose post-convulsive. Ces attaques se répétant régulièrement tous les jours, la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Après avoir constaté *de visu* les caractères des convulsions et reconnu l'existence de quelques stigmates hystériques très précis (anesthésie des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche, anesthésie des muqueuses, polyopie monoculaire, zones spasmogènes et spasmo-frénatrices, etc. *(fig. 25)*, nous pratiquâmes l'expérience des lunettes. Les verres rouges produisaient des effets dynamogéniques très intenses. De plus, quand la malade les avait devant les yeux, elle était gaie, contente et éprouvait une grande sensation de bien-être. Les verres bleus, verts, jaunes, violets étaient indifférents.

Nous confiâmes alors à la jeune fille des lunettes à verres rouges, en lui recommandant de s'en servir aussitôt qu'elle éprouverait les premiers malaises précurseurs des attaques. L'effet fut merveilleux.

Pendant une quinzaine de jours notre malade fut obligée de se servir deux ou trois fois chaque jour du talisman que nous avions mis entre ses mains. Mais, en s'en servant, elle évitait l'explosion des attaques. Peu à peu les auras devinrent moins fréquentes, et aujourd'hui, après un mois de cet unique traitement, elles font absolument défaut.

Je ne puis pas dire que la guérison soit complète, car les stigmates sensitivo-sensoriels persistent encore et les zones spasmogènes conservent leur excitabilité; mais la malade n'a plus d'attaques spontanées.

Tels sont, Messieurs, les principaux moyens qu'il convient d'employer pour arrêter les convulsions hystériques et empêcher leur retour immédiat. Mais pour guérir la diathèse qui domine la situation, il est indispensable de soumettre les malades à un traitement général dont je vous exposerai les règles dans une leçon ultérieure.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

DES TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

Il n'y a pas un tremblement hystérique toujours et partout identique, mais bien des tremblements d'origine hystérique, très variables dans leurs expressions symptomatiques quoique dépendant tous d'une même cause.

I. Des tremblements hystériques à forme trépidatoire; leurs caractères cliniques. Exemples : 1° tremblement trépidatoire hystéro-alcoolique guéri instantanément par l'application d'un aimant; 2° tremblement trépidatoire des membres inférieurs survenu après une émotion violente et persistant depuis plus de dix ans. Difficultés et éléments du diagnostic.

II. Des tremblements hystériques à forme vibratoire. Leurs caractères cliniques. Variabilité de leur rythme et de leurs apparences symptomatiques. Exemples de tremblements vibratoires persistants, consécutifs à des émotions morales, à des traumatismes, à des intoxications.

III. Des tremblements hystériques intentionnels. Leur ressemblance avec le tremblement de la sclérose en plaques. Exemple de tremblement hystérique intentionnel guéri par l'aimantation. Rapports de l'hystérie avec les tremblements mercuriel et dyscrasiques.

Messieurs,

Le tremblement est un symptôme très commun. On l'observe dans une foule d'affections différentes. Il paraît dépendre assez souvent de lésions anatomiques grossières du cerveau ou de la moelle épinière, tandis que d'autres fois il ne coïncide avec aucune altération organique appréciable des centres nerveux. Malgré les nombreux travaux dont il a été l'objet, sa pathogénie est restée obscure, sa valeur séméiologique incertaine. Les classifications qu'on a cherché à établir pour distinguer les unes des autres ses diverses variétés cliniques sont encore imparfaites, et on rencontre souvent, dans la pratique, des faits qui ne trouvent pas facilement leur place dans les cadres de la nosologie actuelle.

M. Ormerod a présenté, l'an dernier, un cas de ce genre à la

Société de médecine de Londres[1]. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-neuf ans, atteinte d'accidents hystériques non douteux et d'un tremblement des mains, survenu après une attaque et rappelant tout à fait les apparences extérieures du tremblement de la paralysie agitante. Après avoir examiné la malade, M. Hughlings Jackson porta le diagnostic de *tremblement hystérique* et déclara qu'à son avis beaucoup de tremblements dont la cause et la nature paraissent entourées d'une profonde obscurité, ne sont autre chose que des manifestations symptomatiques de l'hystérie.

Cette pensée me paraît profondément juste, et c'est à son développement et à sa démonstration que sera consacrée la présente leçon[2]. Il me paraît résulter, en effet, de l'analyse d'un certain nombre de faits cliniques réunis et étudiés dans nos salles, dans ces derniers temps, que le tremblement peut revêtir, chez les hystériques, des formes tout à fait dissemblables, qu'il peut être *localisé* ou *généralisé, permanent* ou *intermittent, lent* ou *rapide,* et qu'en définitive il n'y a pas *un tremblement hystérique* toujours et partout identique, mais bien *des tremblements d'origine hystérique,* très variables dans leurs expressions symptomatiques, quoique dépendant tous d'une même cause primordiale.

Je vous proposerai même tout de suite, pour faciliter le classement des cas dont je vais avoir à vous parler, de diviser les tremblements hystériques persistants en trois groupes distincts : 1° les tremblements trépidatoires ; 2° les tremblements vibratoires ;

[1] *The British medical Journal,* décembre 1887, p. 1216.

[2] Cette leçon, faite le 11 janvier 1889, n'a été publiée que huit mois après, par le *Progrès médical* des 14 et 21 septembre 1889. Quelques-uns des malades qui en font l'objet ont été présentés par mon interne, M. Émile Bitot, à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux dans les séances du 20 octobre, du 19 et du 26 novembre 1888 (pages 275, 302 et 304 des *Bulletins* de cette Société).

A cette époque le tremblement hystérique n'était connu que par quelques observations isolées. Depuis lors ont paru deux importants travaux qu'il convient de signaler :

1° A propos d'une communication de M. Luys, relative à un cas de paralysie agitante (?) traitée avec succès par les miroirs rotatifs, M. Rendu a lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 12 avril 1889, une *Note sur le tremblement hystérique et ses variétés,* dans laquelle il s'efforce de démontrer que l'hystérie peut donner lieu à des tremblements ressemblant à ceux de la paralysie agitante et de la sclérose en plaques, et justifiables des moyens thérapeutiques bizarres qui réussissent souvent dans les cas d'hystérie classique.

2° M. Dutil publie en ce moment dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* un *mémoire sur l'étude clinique des tremblements hystériques,* dans lequel se trouvent d'excellentes observations.

Des cas intéressants de tremblements hystériques ont, en outre, été observés par MM. Duponchel (*Société médicale des hôpitaux de Paris,* séance du 18 avril 1890), Scalese (*Rivista clinica e terapeutica,* marzo 1890) et par les auteurs qui se sont occupés dans ces derniers temps de la question des névroses traumatiques.

3° les tremblements intentionnels. La légitimité de cette division ressortira, je pense, de l'étude des exemples que je vais faire passer sous vos yeux.

I

DES TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES A FORME TRÉPIDATOIRE

Les *tremblements trépidatoires* sont habituellement localisés à un membre et plus particulièrement à un membre inférieur. Ils sont constitués par des secousses alternatives et régulièrement rythmées d'extension et de flexion directes du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin. Ils ressemblent beaucoup à la trépidation épileptoïde qui se développe à la suite des scléroses systématiques des faisceaux pyramidaux : ils ont la même amplitude, la même rapidité (de cinq à sept secousses par seconde), la même uniformité de rythme. Ils en diffèrent surtout par l'absence de contracture spasmodique des muscles. Chez quelques malades, ils présentent cette curieuse particularité qu'ils cessent complètement dans le décubitus horizontal et se montrent seulement dans les positions assise ou verticale, ou *vice versa*. Ils débutent ordinairement d'une façon insidieuse. Une fois installés, ils persistent souvent pendant un temps fort long, mais ils sont toujours susceptibles de guérir brusquement, à l'instar des autres accidents permanents de l'hystérie (paralysie, contracture, etc.).

Vous chercheriez en vain, je crois, dans les auteurs classiques une description didactique régulière de cette forme de tremblement; cependant il en existe çà et là quelques observations isolées.

L'une d'elles, recueillie par Homolle[1], dans le service de M. Potain, peut être donnée comme le prototype du genre. Il s'agit, dans ce cas, d'une femme de cinquante-cinq ans, atteinte d'accidents hystériques variés, au nombre desquels figurait un tremblement des membres inférieurs droits dont Homolle décrit les caractères dans les termes suivants :

« Tout le membre est agité de secousses rythmiques, très régulières, égales en amplitude et d'une direction constante d'avant en arrière. Ces saccades ou soubresauts musculaires semblent se

[1] Homolle, *Hémianesthésie hystérique anormale avec contracture et tremblement du membre inférieur* (*Progrès médical*, 5 juillet 1879, p. 518).

produire exclusivement dans le biceps crural et dans les muscles du mollet. Elles deviennent presque nulles quand le corps est dans la position horizontale et au repos complet; elles augmentent, au contraire, dès que la malade s'émeut; dès qu'on l'examine, par exemple lorsqu'elle veut exécuter un mouvement volontaire, surtout lorsqu'elle essaie de marcher; alors le tremblement devient plus fort, au point de se transmettre à tout le corps. L'étude graphique de ces secousses démontre leur régularité parfaite. Elles se reproduisent, identiques entre elles, au nombre de trois cents par minute. Elles se font d'une façon simultanée à la cuisse et au mollet, ou du moins le retard qu'elles présentent dans cette dernière région est-il douteux tant il est minime. Le soulèvement du levier est brusque et donne lieu à la production d'un crochet aigu sur le tracé. Il ne se produit, du reste, aucune sensation anormale de crampe ou d'élancement dans les muscles qui sont agités de ce tremblement. »

Après plusieurs alternatives d'amélioration et de rechute, la malade quitta le service de M. Potain, guérie du singulier tremblement dont Homolle a relaté les caractères.

Le malade que je vous présente est incommodé, depuis une quinzaine de jours, par un tremblement du membre inférieur droit, qui paraît être de même forme et de même nature que celui dont vous venez d'entendre la description. Hâtez-vous de l'étudier aujourd'hui même, car je compte le traiter dès demain matin par l'aimantation, et j'espère bien réussir à le faire disparaître. Déjà en effet, à deux reprises différentes, ce même malade a été débarrassé d'un tremblement semblable par la simple application de l'aimant. Voici, du reste, le résumé de son observation :

Observation I. — *Tremblement trépidatoire du membre inférieur droit chez un hystéro-alcoolique.* — Pierre Roub..., âgé de quarante-deux ans, est un alcoolique endurci. Depuis plus de vingt ans, il boit chaque jour, dans les intervalles de ses repas, plusieurs verres d'eau-de-vie, quelques bocks, deux ou trois bitters et quatre ou cinq absinthes. Il exerce la profession de tailleur, mais il passe une bonne partie de ses journées et presque toutes ses soirées au café, où il se plaît à discuter politique avec quelques orateurs de cabaret de son espèce.

Son hérédité ne paraît pas mauvaise. Son père, âgé de soixante-quatorze ans, est sobre et jouit d'une bonne santé. Sa mère est morte à soixante-deux ans d'une maladie de poitrine, sans avoir jamais eu d'accidents nerveux. Il n'y a ni aliénés, ni épileptiques, ni hystériques dans sa famille.

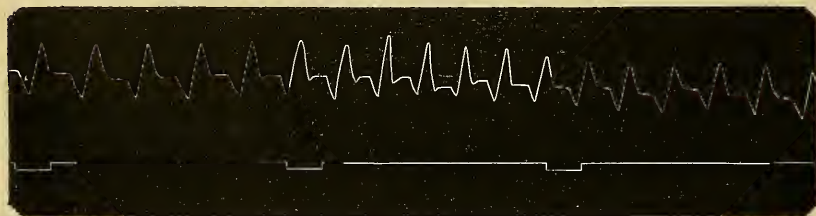
Le 15 mars 1887, Roub... fut pris, sans éblouissement ni perte de

connaissance, d'une hémiparésie du côté droit. Quelques jours plus tard, il ressentit des maux de tête, des vertiges et un trouble dans les idées qu'il caractérise en disant qu'il devenait comme imbécile. Pour se consoler de ces misères, il fit des stations plus prolongées au café, et par conséquent des libations plus copieuses.

Vers le mois de mai, il eut un accès de *delirium tremens* qui dura une huitaine de jours. Quand l'agitation délirante se dissipa, il constata que son membre inférieur droit était le siège d'un tremblement incommode pour lequel il consulta plusieurs médecins. Les médications variées qu'on lui conseilla ne produisirent aucun résultat, et le tremblement persistait depuis cinq mois lorsque Roub... entra pour la première fois dans notre service.

Ce tremblement avait exactement les mêmes caractères qu'il a aujourd'hui. Très intense dans la station verticale, un peu moins marqué dans la position assise, il s'arrêtait complètement aussitôt que le malade s'étendait horizontalement sur un lit ou qu'il croisait ses jambes dans l'attitude que prennent habituellement les tailleurs pour se livrer à leurs travaux.

Fig. 26. — Tremblement trépidatoire du membre inférieur droit de Roub...



Le chronographe bat la seconde. Le nombre des oscillations est de six environ par seconde.

Il était constitué par des secousses alternatives, brèves et d'amplitude uniforme, imprimant à la cuisse, à la jambe et au pied de petits mouvements rapides et réguliers d'extension et de flexion se répétant de six à huit fois par seconde (*fig. 26*).

La marche, assez assurée tant que les yeux restaient ouverts, devenait incertaine et hésitante, comme celle des ataxiques, aussitôt que les paupières étaient closes. Dans ces conditions, le malade chancelait comme un homme ivre et s'accrochait vivement aux points d'appui les plus voisins pour ne pas tomber.

Le membre inférieur gauche et les membres supérieurs n'étaient le siège d'aucun tremblement. Les réflexes rotuliens étaient légèrement exagérés des deux côtés. Le relèvement brusque de la pointe des pieds ne provoquait pas de trépidation épileptoïde.

Il n'existait pas de troubles notables de l'intelligence. La parole était facile. Pas de rêves caractéristiques de l'intoxication alcoolique. Du côté de la sensibilité, on constatait plusieurs plaques d'analgésie siégeant

sur divers points du tronc et des membres *(fig. 27)*. Les plus étendues occupaient le bras, l'avant-bras et la main du côté droit. La muqueuse

Fig. 27 — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Roub...

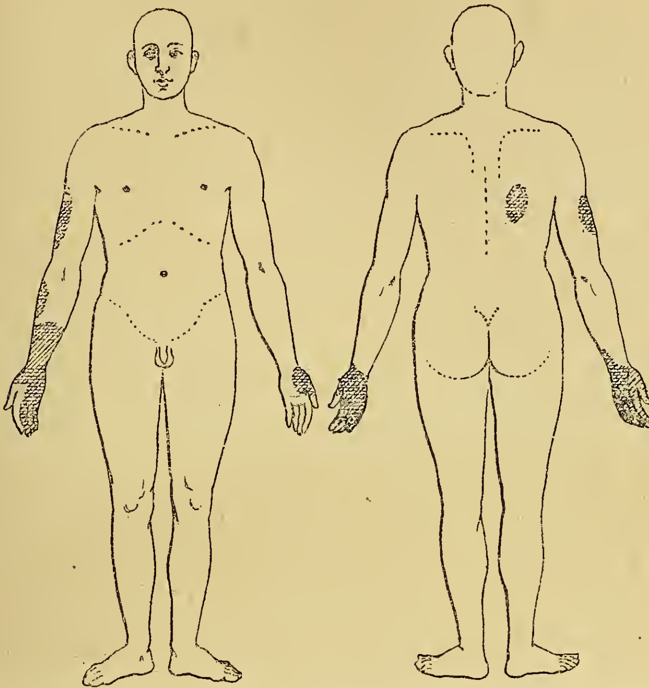
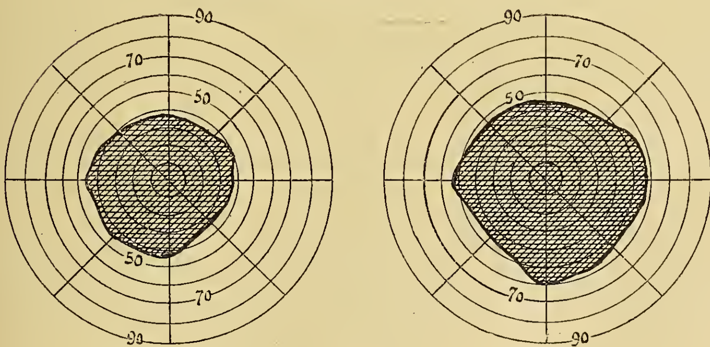


Fig. 28. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Roub...



oculo-palpébrale droite et la muqueuse bucco-labiale du même côté étaient également insensibles aux excitations douloureuses. Les deux champs visuels étaient rétrécis concentriquement *(fig. 28)*. Pas de daltonisme, pas

de scotome. Ajoutons que les membres du côté droit étaient plus faibles que ceux du côté gauche, mais que le malade pouvait cependant se servir, sans trop de gêne, de sa main pour les usages ordinaires de la vie.

En résumé, notre malade présentait un tremblement du membre inférieur droit, survenu à la suite d'un épisode aigu de l'intoxication alcoolique et se montrant seulement dans les positions verticale et assise. Il avait, en outre, quelques îlots anesthésiques disséminés sur la peau et les muqueuses, un double rétrécissement concentrique des champs visuels et une parésie légère des membres du côté droit.

Les symptômes sensitivo-sensoriels et l'hémiparésie droite le préoccupaient peu, mais le tremblement l'incommodait, et il demandait instamment à en être délivré. Je ne savais quel parti prendre pour satisfaire son désir. A tout hasard, je fis appliquer l'aimant sur le membre inférieur droit. Après une heure d'application, le malade était débarrassé du tremblement qui le fatiguait depuis cinq mois et de l'hémiparésie de ses membres du côté droit.

Après sa guérison, Roub... reprit ses occupations ordinaires et se porta fort bien jusqu'au mois d'août 1888. A cette époque, il assista à une noce et but un peu plus que de raison. Le tremblement reparut, mais une nouvelle application d'aimant le fit cesser aussitôt. Enfin, il y a quinze jours, à la suite d'une querelle de famille qui l'a vivement impressionné, Roub... a été repris pour la troisième fois du tremblement trépidatoire du membre inférieur droit dont je vous ai déjà indiqué les caractères.

Les circonstances dans lesquelles s'est développé cet accident, la façon dont il a été modifié à deux reprises différentes par l'aimantation, les symptômes sensitivo-sensoriels et moteurs qui l'accompagnent, ne sauraient laisser persister, ce me semble, aucun doute sur sa nature : il doit être considéré comme une des manifestations de l'hystérie toxique dont est certainement atteint notre malade, comme un accident hystéro-alcoolique[1].

La guérison du tremblement hystérique à forme trépidatoire ne s'obtient pas toujours aussi facilement que dans le cas dont nous venons de nous occuper. Ceux d'entre vous qui fréquentaient l'hô-

[1] L'application de l'aimant, pratiquée le lendemain du jour où cette leçon a été faite, a produit le résultat prévu. Le tremblement a disparu, pour la troisième fois, après une seule séance d'aimantation. Cette observation, ainsi que la plupart de celles qui seront rapportées dans le cours de la présente leçon, a été publiée *in extenso* dans la thèse de M. Émile Bitot: *L'hystérie mâle dans le service de M. le professeur Pitres à l'hôpital Saint-André de Bordeaux*. Th. doct., Bordeaux, 1890.

pital il y a deux ans doivent se souvenir d'un homme de quarante-six ans, nommé Guin..., qui est resté pendant plusieurs mois au n° 11 de la salle 16 et qui était atteint d'un tremblement des membres inférieurs persistant depuis dix ans.

Ce tremblement avait les caractères suivants :

Dans le décubitus horizontal, les membres n'étaient agités par aucun mouvement anormal; la motilité volontaire était intacte; les muscles n'étaient ni contracturés ni atrophiés; les réflexes rotuliens étaient normaux; il n'y avait pas de trépidation épileptoïde quand on soulevait la pointe des pieds. Mais aussitôt qu'on ordonnait au malade de se lever, ses deux membres inférieurs devenaient le siège de soubresauts involontaires, rapides et régulièrement rythmés. La marche était hésitante, sautillante et ressemblait un peu à celle des sujets atteints de tabes spasmodique. L'occlusion des paupières augmentait l'instabilité, à tel point que la station verticale devenait difficile et la marche impossible.

Dans la position assise, le tremblement se produisait aux membres inférieurs avec un peu moins d'énergie que dans la station verticale, mais il était cependant très manifeste.

A aucun moment et dans aucune position il ne s'étendait aux membres supérieurs et à la tête.

Quelle pouvait être la nature d'un tremblement aussi étrange? Plusieurs médecins des hôpitaux de Paris et de Bordeaux, consultés par le malade, avaient pensé qu'il était le résultat d'une lésion organique de la moelle épinière. Mais quelle lésion connue pouvait légitimement être invoquée?

L'hypothèse d'une myélite transverse ou diffuse était inadmissible à cause de l'intégrité des fonctions de la vessie et du rectum, de l'absence de rigidité musculaire, de la conservation des forces dans les membres inférieurs, etc.

L'idée d'une ataxie locomotrice ne pouvait être acceptée à cause de la conservation des réflexes rotuliens et de l'absence de douleurs fulgurantes.

On ne pouvait guère songer à une sclérose en plaques, car le tremblement, limité aux membres inférieurs, ne se produisait pas, en réalité, à l'occasion des mouvements volontaires, mais par le fait seul de l'attitude verticale ou assise.

L'examen attentif et prolongé du malade nous conduisit à le considérer comme un hystérique mâle et à ranger le tremblement dont il était atteint dans le groupe des tremblements hystériques.

Nous apprîmes, en effet, que Guin... était né d'une mère franchement hystérique; que lui-même avait joui d'une bonne santé pendant sa jeunesse, mais qu'il avait fait de grands excès de boisson; enfin, que sa maladie s'était développée tout à coup, à la suite d'une violente émotion morale, dans les circonstances que je vais vous dire :

Le 16 juin 1876, en rentrant chez lui pour déjeuner, Guin... aperçut sa petite fille qui, penchée sur la rampe du balcon de son logement, lui faisait des gestes d'amitié. Tout à coup l'enfant perdit l'équilibre et culbuta sur la rampe. Ses vêtements s'accrochèrent fort heureusement aux barreaux du balcon, de telle sorte qu'elle resta suspendue dans le vide, à la hauteur d'un troisième étage; Guin..., épouvanté par ce spectacle, ne perdit pas la tête. Une échelle de couvreur se trouvait dans le voisinage; il l'appliqua contre la maison et arriva assez à temps pour arracher sa fille à une mort presque certaine. Aussitôt que son enfant fut hors de danger, il perdit connaissance et eut une grande attaque convulsive qui ne dura pas moins de dix-neuf heures.

Quand il revint à lui, il avait les deux membres inférieurs contracturés. Après quelques jours la contracture disparut, mais Guin... resta sujet à des accidents nerveux variés qui ne lui permirent plus de se livrer à aucun travail régulier.

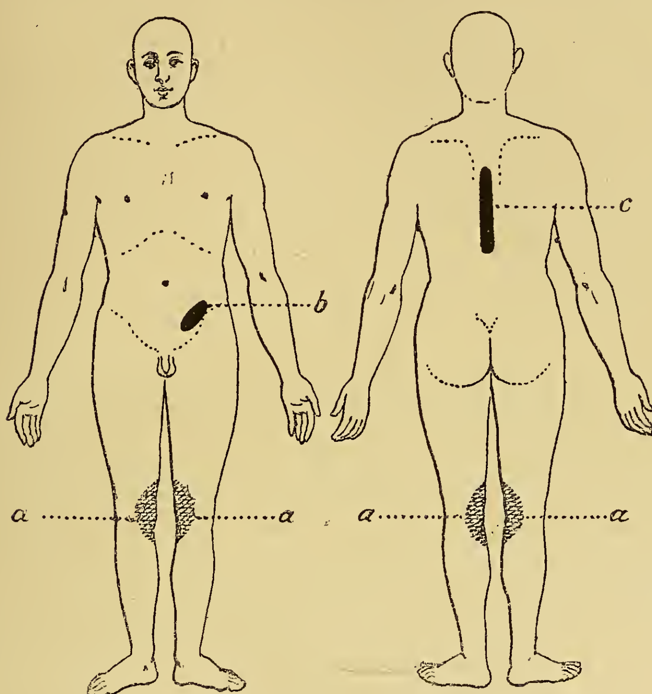
Le tremblement fit son apparition cinq mois après les événements que nous venons de raconter. Il a persisté depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de dix ans, sans qu'aucun des moyens employés pour le faire disparaître ait réussi. Il a eu quelques variations spontanées, en plus ou en moins, dans son intensité. A deux reprises même, il a cessé complètement, une fois pendant quatre ou cinq jours, une autre fois pendant un mois, puis il a reparu sans qu'on sache pourquoi.

Les antécédents du malade confirmaient donc le diagnostic qui nous paraissait le plus vraisemblable. L'étude des symptômes concomitants vint lever tous les doutes. Guin... présentait en effet des stigmates hystériques non douteux. Il avait un rétrécissement concentrique très manifeste (1/2 environ) du champ visuel du côté droit, sans lésions organiques du fond de l'œil. Il avait deux îlots anesthésiques sur la face interne des genoux *(fig. 29)* et une abolition complète de la sensibilité gustative et de la sensibilité olfactive. Il avait enfin de véritables zones spasmogènes, car la pression de la colonne vertébrale au niveau de la partie moyenne

de la région dorsale, et de la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque gauche, déterminait de petites attaques convulsives.

J'ai tenu à vous rappeler avec quelques détails l'histoire de ce malade, parce que je crois que, dans un bon nombre de cas, les tremblements hystériques, analogues à ceux que nous étudions,

Fig. 29. — Distribution de l'anesthésie cutanée et des zones spasmogènes chez Guin...



a, a, îlots d'anesthésie cutanée. — *b, c*, zones spasmogènes.

ont été méconnus par les observateurs les plus compétents jusqu'au jour où les travaux de M. Charcot ont appelé l'attention du monde savant sur les formes frustes de l'hystérie masculine et sur les diverses variétés de l'hystérie toxique.

M. Weiss[1], par exemple, a publié en 1887 l'histoire d'un homme de trente et un ans, peintre en bâtiments, ayant été atteint à diverses reprises de coliques de plomb, qui conserva pendant

[1] Weiss, *Tremblement non classé du membre inférieur droit chez un syphilitique. Traitement par l'iodure de potassium à haute dose et les frictions mercurielles. Guérison* (*France médicale,* 1877).

cinq ans un tremblement trépidatoire régulièrement rythmé du membre inférieur droit. Convaincu, comme tout le monde l'était à cette époque, que le saturnisme et l'alcoolisme ne pouvaient pas donner lieu à des tremblements partiels, M. Weiss pensa qu'il s'agissait d'un accident syphilitique lié à une lésion spécifique de la moelle épinière. Il institua un traitement en rapport avec ce diagnostic, et deux mois après le tremblement avait disparu. Les détails de l'observation sont assez incomplets; il est impossible d'y trouver les éléments d'un diagnostic rétrospectif certain. Mais aujourd'hui qu'on connaît mieux les symptômes nerveux qui se développent sous l'influence des intoxications, on peut très légitimement se demander si le diagnostic posé par M. Weiss était exact et si son malade n'était pas tout simplement un hystéro-saturnin atteint d'un tremblement trépidatoire d'origine et de nature hystériques semblable à ceux dont je viens de vous entretenir.

II

DES TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES A FORME VIBRATOIRE

Les tremblements de cette espèce sont constitués par de très petites secousses, brèves et uniformes, imprimant aux membres des mouvements d'oscillations vibratoires, rapides. Ils peuvent siéger sur toutes les parties du corps; cependant ils sont plus fréquents et plus nets aux membres supérieurs. Dans un certain nombre de cas, il faut, pour les mettre en évidence, prier les malades de tenir leurs bras étendus dans la position horizontale. On voit alors se produire dans les doigts et les mains des oscillations très apparentes qui s'arrêtent aussitôt que les bras pendent inertes le long du corps.

En général, ils n'empêchent pas absolument l'exécution des mouvements volontaires; ils déterminent seulement un peu de gêne et d'inhabileté dans l'accomplissement des actes délicats exigeant de l'adresse ou de la précision.

Ils sont, du reste, si peu uniformes dans leurs apparences symptomatiques, qu'il serait impossible d'en tracer une description rigoureusement applicable à tous les cas. Ils ressemblent tantôt au tremblement de la maladie de Graves, tantôt à celui de la maladie de Parkinson; quelquefois, ils simulent le tremblement sénile, d'autres fois le tremblement alcoolique.

La fréquence de leur rythme est aussi variable que l'amplitude et la forme de leurs oscillations. M. Charcot pense que leur rapidité est comprise entre cinq et sept secousses par seconde, ce qui leur assignerait une place à part entre les *tremblements à oscillations rapides,* dans lesquels le nombre de secousses s'élève à huit ou neuf par seconde (tremblement alcoolique mercuriel de la paralysie générale, de la maladie de Basedow, etc.), et les *tremblements à oscillations lentes,* dans lesquels les secousses ne se répètent que quatre ou cinq fois par seconde (tremblement sénile de la sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson)[1]. Mais il ne semble pas que la fréquence des secousses puisse être donnée comme un caractère spécifique absolu des tremblements hystériques. Leur rythme peut être plus rapide ou plus lent que dans les cas observés par M. Charcot. Chez un malade de M. Chambard on ne comptait que 160 secousses par minute (ce qui fait moins de 3 par seconde), tandis que les tracés recueillis sur un de nos pensionnaires permettent d'en compter 480 dans le même laps de temps (c'est-à-dire 8 par seconde)[2].

Les tremblements vibratoires d'origine hystérique guérissent quelquefois spontanément ou après l'emploi des agents thérapeutiques les plus simples. Une seule séance d'aimantation ou d'électrisation a parfois provoqué des cures instantanées. M. Nothnagel a guéri une malade par la suggestion hypnotique. Mais il ne faudrait pas trop compter sur ces moyens, car, dans un bon nombre de cas, les tremblements hystériques résistent indéfiniment aux traitements les plus énergiques.

Ils se développent lentement ou brusquement.

[1] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III, p. 212.

[2] M. Dutil a été conduit, par l'examen des faits qu'il a étudiés à la Salpêtrière, à la même conclusion. « Les tremblements hystériques, dit-il, présentent en général un rythme régulier, mais rien n'est plus variable que la rapidité, la fréquence des oscillations qui les constituent. Les uns sont d'une lenteur remarquable; les autres sont très rapides, véritablement vibratoires. Entre ces deux modalités extrêmes il existe des variétés intermédiaires. Il en est qui n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements volontaires. La plupart persistent à l'état de repos et pendant les mouvements actifs, mais ils subissent parfois, sous l'influence de ces derniers, des modifications diverses concernant la fréquence et l'amplitude de leurs oscillations. »

Se fondant sur ces variétés, M. Dutil répartit les tremblements hystériques en trois groupes :

1° Les tremblements à oscillations rapides ou *vibratoires* (ayant de 8 à 12 oscillations par seconde);

2° Les tremblements de rythme moyen (de 5 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde).

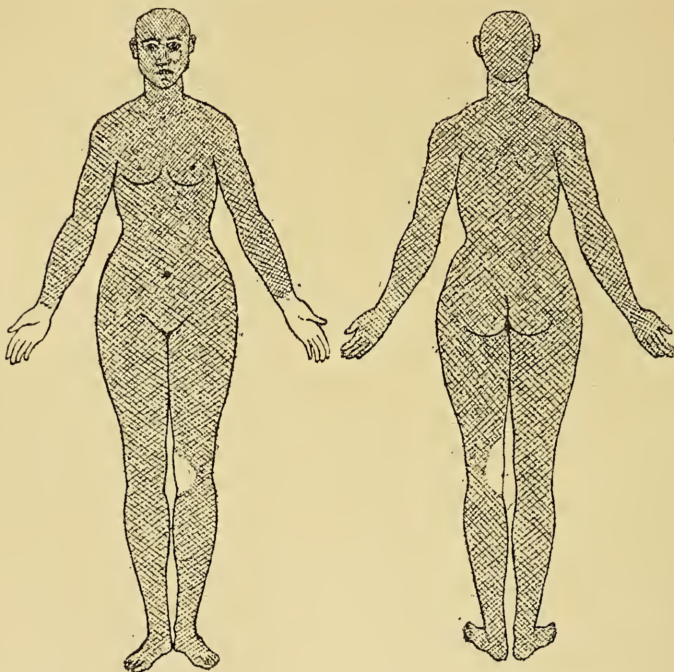
3° Les tremblements à oscillations lentes (de 4 à 5 1/2 oscillations par seconde).

A. Dutil, *Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques* (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière,* n° 1, 1890, p. 32 et 33).

Dans le premier cas, leur début est si insidieux qu'il est fort difficile de savoir au juste à quelle époque ils se sont établis.

Voici, par exemple, une de nos malades, Éléonore L..., âgée de dix-huit ans, sujette depuis trois ans à des attaques convulsives tout à fait caractéristiques et marquée de stigmates hystériques non douteux : analgésie cutanée presque générale *(fig. 30)*, rétrécissement concentrique des champs visuels, etc., qui présente un petit tremblement des membres tout à fait semblable à celui de

Fig. 30. — Distribution topographique de l'anesthésie cutanée chez Éléonore L...



la maladie de Basedow. Si on lui demande depuis quand elle a remarqué l'existence de ce symptôme, elle répond qu'elle n'en sait rien, qu'elle croit bien avoir toujours tremblé ainsi, mais qu'elle n'en est pas bien sûre.

Dans d'autres cas, au contraire, le tremblement se manifeste brusquement à l'occasion d'une cause bien définie. Il succède à une attaque convulsive, à une frayeur, à une colère, à une émotion morale vive, ou bien encore à un traumatisme, à une intoxication ou à une maladie infectieuse.

C'est ainsi que Trousseau raconte l'histoire d'une jeune hystérique de treize ans, qui fut prise, *à la suite d'une grande attaque convulsive,* d'un tremblement persistant des quatre membres[1].

M. Germain Sée a vu un tremblement généralisé succéder *à une contrariété,* chez une jeune personne de vingt et un ans, fille d'hystérique, et affectée elle-même d'hystérie non convulsive[2].

Un malade de M. Rigal, âgé de cinquante-six ans, fut incommodé pendant quatre mois par un tremblement des membres et de la tête survenu après une *violente colère*[3].

M. Chambard a recueilli l'observation d'une hystérique de vingt-trois ans, qui était sujette depuis son enfance à des accès de tremblement durant plusieurs semaines consécutives. Le premier accès s'était développé à l'âge de huit ans, sous l'influence d'*une frayeur*. La petite malade, épouvantée par la vue de sa sœur qui s'était cachée derrière un meuble pour lui faire peur, jeta un cri et fut prise tout aussitôt d'un tremblement du membre supérieur droit qui persista pendant quinze jours et se reproduisit après un bon nombre de fois avec plus ou moins d'intensité[4].

Un médecin russe, M. Greidenberg, a rapporté tout récemment l'histoire d'un jeune soldat de vingt et un ans, chez lequel une *grande frayeur* provoqua l'apparition de troubles sensitifs et moteurs variés, parmi lesquels figurait un tremblement régulier et assez rapide (de 100 à 120 secousses par minute) prédominant dans les membres supérieurs, persistant encore un an après le début des accidents et ressemblant beaucoup au tremblement de la paralysie agitante[5]. M. Greidenberg paraît disposé à penser que son malade a été atteint à la fois, sous l'influence de l'émotion initiale, d'hystérie et de maladie de Parkinson. Mais cette interprétation est loin d'être inattaquable. L'hystérie suffit amplement pour expliquer tous les symptômes observés, y compris le tremblement, et ce n'est pas une raison, parce que ce tremblement durait depuis un an, pour qu'il ne fût pas de nature hystérique. Je vous parlais tout à l'heure d'un cas de tremblement hystérique à forme trépidatoire qui a persisté pendant plus de dix années, sans qu'aucun traitement ait pu réussir à le faire disparaître. Le tremblement

[1] Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,* 3e éd., 1868, t. II, p. 285.

[2] Germain Sée, *De la chorée hystérique et des pseudo-chorées rythmiques* (*Semaine médicale,* mars 1884).

[3] Rigal, *Trembl. survenu à la suite d'une violente colère* (*Gaz. des hôp.,* 1877, p. 521).

[4] Chambard, *Hémichorée et tremblement hystériques* (*Encéphale,* 1881, t. I, p. 114).

[5] *Bulletin médical,* 16 décembre 1888, p. 1650.

hystérique à forme vibratoire peut être tout aussi tenace. Un des clients de notre consultation externe, atteint d'hystérie masculine bien caractérisée, présente, entre autres symptômes, un tremblement léger des membres supérieurs qui s'est développé il y a sept ans, à la suite d'une frayeur, et qui est resté immuable depuis cette époque.

En présence de ces faits, on peut légitimement se demander si l'hystérie ne joue pas un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'à ce jour dans la pathogénie des tremblements chroniques qui succèdent aux grands ébranlements psychiques. Les auteurs classiques affirment que la paralysie agitante et le tremblement sénile débutent quelquefois brusquement à la suite de fortes émotions morales. Ils ont peut-être raison, mais il ne serait pas mauvais que leur opinion fût étayée sur des observations nouvelles dans lesquelles l'intervention possible de l'hystérie serait l'objet d'une attention spéciale.

Certains cas de tremblements chroniques, qu'on aurait décrits jadis, sans hésitation, comme des exemples de *paralysie agitante* ou de *tremblement sénile de cause psychique,* seraient sans doute rattachés avec plus de raison au groupe des *tremblements hystériques.* J'ai été très surpris de constater récemment sur trois malades, que je considérais de prime abord comme des trembleurs séniles, des rétrécissements concentriques très marquées des champs visuels. Il serait assurément téméraire d'affirmer, en se fondant sur l'existence de cet unique stigmate, que les malades en question n'étaient que de vulgaires hystériques; mais il serait, ce me semble, tout aussi imprudent de déclarer, malgré la constatation de ce stigmate, que l'hystérie ne jouait aucun rôle dans la pathogénie des tremblements dont ces malades étaient affectés. Il ne faut pas oublier que l'étude de l'hystérie sénile est à peine ébauchée et qu'elle nous réserve peut-être bien des surprises.

L'hystérie traumatique est mieux connue, et les tremblements auxquels elle donne lieu commencent à être rattachés à leur véritable cause. Il est d'ores et déjà certain que la plupart des tremblements décrits jusqu'à ce jour par les chirurgiens sous le nom vague de *tremblements réflexes,* appartiennent à la grande famille des *accidents hystéro-traumatiques.*

Nous avons eu l'an dernier, dans le service, un malade dont l'histoire confirme cette proposition. C'était un grand garçon de dix-neuf ans, nommé Dal..., qui fut victime, quelques semaines

avant son entrée à l'hôpital, d'un accident de chasse. Le 21 mars 1887, en sautant un fossé, il était tombé sur la berge. La gâchette de son fusil s'était accrochée à une branche et le coup était parti en lui faisant une plaie à la peau de la face palmaire de l'index droit. La blessure, traitée à la campagne par l'irrigation continue, avait guéri assez lentement. Cependant, après quinze jours, la cicatrisation était à peu près complète. C'est alors qu'apparut un tremblement de l'avant-bras droit, d'abord intermittent, puis continu, qui durait depuis un mois, quand le malade entra à l'hôpital, le 6 mai 1887. A ce moment, la plaie de l'index droit était guérie, mais la cicatrice était très douloureuse. De plus, l'avant-bras et la main étaient incessamment agités par de petits mouvements oscillatoires de pronation et de supination. Les secousses étaient brèves, rapides, se reproduisant 8 fois par seconde. Elles n'empêchaient pas les mouvements volontaires, mais elles les rendaient hésitants et incertains. Il n'y avait pas de paralysie des muscles de l'avant-bras ni de la main. Les doigts ne tremblaient pas; ils étaient seulement ébranlés par la transmission des mouvements circulatoires de rotation du poignet. Ce tremblement a rapidement disparu à la suite de quelques séances de faradisation des muscles de l'avant-bras, et le malade, tout à fait guéri, a demandé son exeat le 29 mai.

C'est bien là, si je ne me trompe, un exemple de ces tremblements réflexes auxquels je faisais tout à l'heure allusion. Mais pourquoi, direz-vous, faire intervenir l'hystérie dans son interprétation pathogénique? Pour trois raisons : la première c'est que Dal... est issu d'une mère qui, sans avoir jamais eu de grandes attaques convulsives, est cependant une névropathe, sujette à des sensations de constriction laryngée et à des crises de sanglots; la deuxième, c'est que notre malade a un rétrécissement concentrique très marqué (1/2 environ) des deux champs visuels et une abolition à peu près absolue des réflexes pharyngiens, phénomènes qui sont à juste titre considérés par les neurologistes modernes comme des stigmates révélateurs de la diathèse hystérique; la troisième, c'est que le tremblement a guéri sans laisser de traces à la suite de quelques séances de faradisation, ce qui ne serait sans doute pas arrivé s'il avait été la conséquence directe d'une irritation réflexe partie de la plaie ou de la cicatrice.

Il est plus difficile de saisir les rapports des *tremblements*

vibratoires toxiques avec l'hystérie. Il est possible qu'ils soient quelquefois des symptômes directs de l'imprégnation des éléments nerveux par les agents toxiques; mais il est certain que dans un bon nombre de cas ils sont de nature hystérique et peuvent être modifiés par des moyens thérapeutiques qui n'ont aucune action sur l'intoxication elle-même.

Voici, par exemple, un homme de cinquante-deux ans, qui fait depuis longtemps de grands excès alcooliques. Il avait, lorsqu'il est entré à l'hôpital, un tremblement vibratoire des membres supérieurs réunissant tous les caractères du tremblement alcoolique intense et présentant cette seule particularité, un peu anormale, qu'au lieu d'être également fort des deux côtés, il était plus marqué dans la main gauche que dans la droite. Une séance d'aimantation l'a fait presque complètement disparaître. Aujourd'hui, quand le malade tient les mains étendues dans la position horizontale, il n'a plus qu'un frémissement à peine appréciable des doigts.

Cette guérison rapide prouve bien que, dans ce cas, le tremblement ne dépendait pas de l'imprégnation des centres nerveux par l'alcool, mais qu'il était le résultat d'un simple trouble fonctionnel surajouté à elle : c'était un *tremblement hystéro-alcoolique.*

Le même raisonnement s'applique à l'interprétation pathogénique des tremblements vibratoires qui se développent dans le cours ou la convalescence des maladies infectieuses telles que l'érysipèle, la variole, la diphtérie, la fièvre typhoïde. Dans la plupart des cas, ces tremblements sont dus à une sorte d'*hystérie* d'origine *dyscrasique* et non pas à des lésions matérielles persistantes des centres nerveux.

III

DES TREMBLEMENTS HYSTÉRIQUES INTENTIONNELS

On appelle tremblements intentionnels ceux qui se produisent seulement à l'occasion des mouvements volontaires d'une certaine étendue et cessent aussitôt que les muscles sont dans le repos complet. Cette forme de tremblement, dont M. Charcot a magistralement décrit les caractères cliniques, existe surtout dans la sclérose en plaques. On la rencontre également dans quelques cas de méningite cervicale hypertrophique, ou de lésions en foyers des

hémisphères cérébraux. Elle peut aussi, et c'est là le point qui nous intéresse pour le moment, se développer sous la seule influence de l'hystérie.

Cette affirmation mérite d'être confirmée par des exemples très précis. En voici un qui me paraît tout à fait démonstratif :

Obs. II. — *Accidents simulant une tumeur cérébrale : céphalée intense; somnolence; obnubilation intellectuelle; hémiparésie et hémi-hypoesthésie gauches; tremblement intentionnel des membres du côté gauche; disparition de tous ces accidents après une séance d'aimantation.*

Un homme de trente-quatre ans, nommé Guillaume T..., se présenta à notre consultation externe le 28 juin 1887, en se plaignant d'éprouver depuis un an des douleurs de tête continuelles, de la somnolence, de l'obnubilation des facultés intellectuelles.

Il avait, en outre, un affaiblissement notable de la motilité et de la sensibilité dans toute la moitié gauche du corps. La parésie portait à la fois sur les membres et sur la face : sa force de la main droite, mesurée au dynamomètre, s'élevait à 43 kilog., celle de sa main gauche à 21 kilog. seulement; les muscles du visage étaient moins mobiles à gauche qu'à droite, la paupière supérieure du côté gauche était plus tombante et plus paresseuse que celle du côté opposé. L'hémihypoesthésie existait également sur la peau, les tissus profonds et les sens spéciaux : la vision et l'audition étaient moins nettes et moins aiguës du côté gauche que du côté droit.

Enfin, les membres du côté gauche étaient le siège d'un tremblement très violent, se produisant uniquement à l'occasion des mouvements volontaires. Lorsque le malade était au repos, dans le décubitus horizontal, on ne constatait aucune contraction anormale de ses muscles. Si on le priait de porter un verre à ses lèvres avec la main droite, il y arrivait sans difficulté; mais si on lui ordonnait de répéter la même expérience avec la main gauche, le verre était brusquement secoué, et son contenu était invariablement renversé avant d'avoir atteint la bouche. Le tremblement était moins fort dans les mouvements intentionnels du membre inférieur gauche; cependant il était très manifeste. Tous ces accidents s'étaient développés progressivement depuis un an, à la suite des émotions causées par une grosse perte d'argent. Le malade n'était pas prédisposé aux accidents névropathiques par le fait de son hérédité, car son père et sa mère étaient vivants et bien portants. Il n'était pas syphilitique et n'avait jamais fait d'excès alcooliques.

En présence de cet ensemble de symptômes qui me paraissaient, je vous l'avoue, ne pouvoir être expliqués que par une lésion organique des centres nerveux, je diagnostiquai une tumeur cérébrale. Mais avant de laisser partir le malade, je voulus expérimenter l'action de l'aimantation sur les symptômes hémilatéraux que je venais de constater. Je fis appliquer un fort aimant sur le côté gauche du corps et, une heure après, je fus

stupéfait quand je vis le malade souriant, alerte, expansif, débarrassé de l'hémiparésie et de l'hémihypoesthésie qui persistaient depuis un an, et radicalement guéri de son tremblement intentionnel des membres du côté gauche. L'aimantation avait opéré un véritable miracle. Ses effets curatifs démontraient la fausseté de mon diagnostic. Il était évident que nous avions eu affaire à un hystérique et non pas à un malade atteint d'une lésion organique des centres nerveux.

Des erreurs de diagnostic, analogues à celles dont je viens de vous entretenir, ont été commises par des observateurs d'une compétence incontestée.

M. Westphall a publié en 1883 les observations de deux malades qui avaient présenté pendant leur vie les symptômes habituels de la sclérose en plaques cérébro-spinale. Cependant, à l'autopsie on ne découvrit aucune lésion appréciable des centres nerveux [1]. M. Babinsky rapporte dans sa thèse un fait analogue [2].

Ne s'agissait-il pas, dans ces cas, d'hystérie méconnue? Cela est au moins vraisemblable.

Il est également vraisemblable que l'hystérie est la véritable cause des tremblements intentionnels persistants qui se développent quelquefois à la suite des pyrexies aiguës, telles que la variole, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, etc. Westphall, Béhier et Liouville, Bailly, Clément, etc., en ont rapporté des exemples [3]. Leurs observations sont trop incomplètes pour qu'on puisse se faire une opinion positive sur la nature de l'accident en question. Mais nous avons sous la main un cas de ce genre, et nous allons en profiter pour essayer de réunir les éléments d'un diagnostic complet :

Obs. III. — *Tremblement intentionnel du membre supérieur droit, survenu à la suite d'une fièvre typhoïde et persistant depuis deux ans.*

Alexis Darr..., âgé de dix-huit ans, exerçant la profession de valet de ferme dans les Landes, est entré à l'hôpital pour un tremblement très intense du membre supérieur droit.

Ce tremblement existe depuis deux ans. Il est survenu dans la convalescence d'une fièvre typhoïde grave. La fièvre était tombée depuis quelques jours et la maladie paraissait terminée quand Darr... s'éveilla brusquement

[1] Westphall, *Ueber eine dem Bilde der cerebrospinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des centralen Nervensystems ohne anatomischen Befund* (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankeiten*, Bd XIV, 1883, p. 87).

[2] Babinsky, *Étude anatomique et clinique sur la sclérose en plaques*. Th. doct., Paris, 1885.

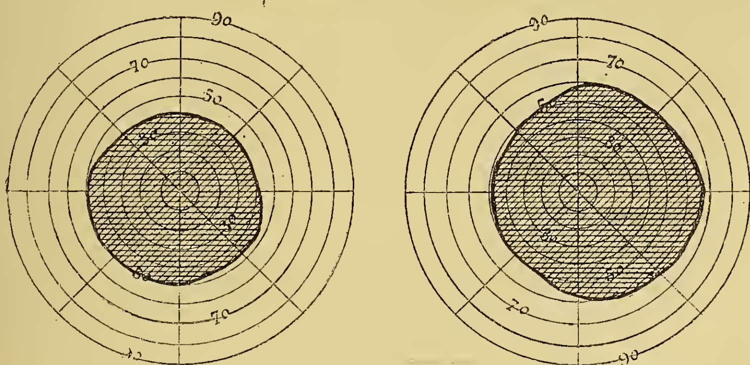
[3] Tous ces faits sont réunis dans un intéressant mémoire de M. Clément : *Des tremblements consécutifs aux maladies aiguës* (*Lyon médical*, 1877).

au milieu d'une nuit, avec une sensation de froid dans toute la moitié droite du corps. Il voulut se retourner dans son lit, mais il s'aperçut que ses membres du côté droit étaient « raides comme des bâtons ». Il chercha alors à appeler ses parents, mais il ne put proférer que quelques grognements inarticulés. La contracture et l'aphasie persistèrent, sans atténuation notable pendant une quinzaine de jours; puis la parole revint peu à peu et la rigidité des membres diminua d'intensité.

Un mois après, la contracture disparut subitement, mais elle fut remplacée par un tremblement intentionnel à grandes oscillations, limité au membre supérieur droit, dont vous pourrez constater *de visu* les caractères, car depuis deux ans il n'a été sensiblement modifié par aucun agent thérapeutique.

Il ressemble au tremblement de la sclérose en plaques. Nul au repos, il se manifeste avec violence dès que le malade veut faire un mouvement volontaire. S'il essaie de porter un verre à sa bouche, sa main est aussitôt agitée de grandes oscillations irrégulières, et le but ne peut être atteint.

Fig. 31. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Darr...



L'écriture est impossible, la plume étant lancée follement de côté et d'autre. Bref, tous les mouvements intentionnels sont troublés par l'intervention de secousses musculaires involontaires, qui agitent le membre dans tous les sens et l'empêchent de rendre aucun service utile. La motilité des autres membres est intacte. Le tremblement ne s'étend jamais à la tête.

Il n'y a pas de nystagmus. La parole est normale. L'intelligence est parfaitement conservée. Il n'y a jamais eu de vertige ni de perte de connaissance. Les fonctions de la vessie et du rectum ne sont pas atteintes. La sensibilité de la peau et des muqueuses est normale. Le tremblement, limité au membre supérieur droit et se produisant seulement à l'occasion des mouvements intentionnels, paraît constituer à lui seul toute la maladie.

Dans ces conditions, il est bien difficile de croire à l'existence de plaques de sclérose des centres nerveux. Le mode de début des accidents est, en effet, peu favorable à l'hypothèse d'une lésion organique, et, de plus, je

ne connais pas d'exemple de sclérose en plaques dans lequel la symptomatologie de l'affection ait été strictement réduite au tremblement d'un seul membre.

Il est bien plus probable que le tremblement qui nous occupe est un simple trouble fonctionnel de nature hystérique. Et ce qui tend à confirmer cette opinion, c'est que l'examen de notre malade permet de constater deux stigmates révélateurs de la grande névrose : 1° une abolition absolue du réflexe pharyngien; 2° un rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels *(fig. 31)*.

L'hystérie paraît aussi jouer un rôle dans la production des tremblements intentionnels qui se développent assez souvent dans le cours de certaines intoxications, particulièrement dans l'intoxication mercurielle. On a longtemps considéré le tremblement mercuriel comme un phénomène dépendant directement des lésions produites par le contact du mercure avec les centres nerveux. Mais les auteurs modernes tendent à le rattacher à l'hystérie toxique. M. Letulle a fourni tout récemment un argument péremptoire en faveur de cette opinion, en faisant disparaître instantanément, par l'application successive de la ligature élastique et de l'aimant, un tremblement mercuriel typique qui existait depuis plusieurs jours chez un homme de trente-neuf ans, exerçant la profession de sertisseur de peaux de lapin et présentant par ailleurs des symptômes non équivoques d'hydrargyrisme chronique[1].

J'ai essayé, Messieurs, de vous faire connaître, dans le cours de cette leçon, les principales variétés de tremblements hystériques. L'exposé que vous venez d'entendre est certainement fort incomplet. Je pense néanmoins qu'il suffira pour attirer votre attention sur un accident fréquent et trop peu étudié jusqu'à ce jour, de la grande névrose. J'espère que désormais vous songerez à la possibilité de l'intervention de l'hystérie dans tous les cas de tremblement de nature douteuse qui vous passeront sous les yeux, et que vous n'hésiterez pas à appliquer à la cure de ces cas les méthodes thérapeutiques qu'on emploie généralement dans le traitement des troubles fonctionnels d'origine hystérique. En agissant ainsi, vous éviterez souvent des erreurs de diagnostic et vous obtiendrez quelquefois des guérisons inespérées dont bénéficieront à la fois les malades et le médecin.

[1] Letulle, *Note sur le tremblement mercuriel* (*France méd.,* 8 et 10 nov. 1888).

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES

(1° Spasmes localisés et tics hystériques.)

SOMMAIRE

Définition et division des spasmes rythmiques.

I. Des spasmes rythmiques localisés. Examen d'une malade atteinte de spasme rythmique hystérique des sterno-cléido-mastoïdiens.

II. Rapports des spasmes hystériques localisés avec la chorée électrique ou électrolepsie. La chorée dite électrique est presque toujours, sinon toujours, une manifestation hystérique.

III. Des tics hystériques. Exemple de tic traumatique dépendant de l'hystérie.

IV. Examen d'un malade atteint de tic hystérique du côté gauche de la face à la suite de vives contrariétés.

Messieurs,

Profitant de quelques exemples typiques qui se trouvent actuellement réunis dans nos salles, je voudrais étudier avec vous les principales variétés des spasmes rythmiques hystériques.

On désigne sous le nom de *spasmes rythmiques* des convulsions généralement brusques et toujours conscientes, provoquées par des secousses musculaires qui, se répétant à des intervalles sensiblement égaux, donnent lieu à des mouvements involontaires se reproduisant eux-mêmes régulièrement et pendant un temps souvent fort long, avec une cadence uniforme.

Les spasmes rythmiques ne sont pas tous d'origine hystérique; mais, dans bon nombre de cas, ils dépendent de la grande névrose.

Ces spasmes hystériques se présentent sous des aspects très variés. Ils prennent quelquefois les apparences extérieures des tics convulsifs; d'autres fois, ils provoquent des mouvements désordonnés ressemblant à ceux qui caractérisent la chorée. Chez certains malades, ils déterminent de la toux, des hoquets, des éternûments, des bâillements incoercibles; chez d'autres, ils

donnent lieu à la production de bruits laryngés semblables à des aboiements ou à des rugissements.

Pour la commodité de la description, on peut les diviser en trois groupes distincts :

1° Les spasmes rythmiques localisés, dans lesquels les secousses anormales, limitées à un muscle ou à un groupe musculaire isolé, déterminent des mouvements très simples de flexion, d'extension ou de rotation de la tête ou d'un membre ;

2° Les spasmes rythmiques systématisés, ou chorées hystériques, dans lesquels des convulsions cadencées, intéressant à la fois plusieurs groupes musculaires synergiquement associés, impriment au tronc, à la tête et aux membres des mouvements coordonnés souvent très complexes ;

3° Les spasmes rythmiques respiratoires, dans lesquels les secousses convulsives affectent exclusivement les muscles de la respiration et de la phonation.

Mais il importe de remarquer que ces divisions correspondent à des différences de siège des accidents convulsifs, non à des différences de nature. Tous les spasmes rythmiques hystériques appartiennent à une même famille naturelle : ils sont tous frères. Dépendant d'une cause identique, caractérisés par des phénomènes musculaires de même ordre, ils comportent un pronostic uniforme et méritent un traitement analogue, quelles que soient les variétés de leurs apparences symptomatiques. Il y a dès lors grand avantage à les rapprocher dans une étude d'ensemble.

C'est dans cet esprit, Messieurs, que nous allons essayer d'étudier les spasmes rythmiques hystériques. Toutefois, avant de faire ressortir les analogies de leurs caractères communs, il convient que nous procédions à la description analytique de leurs principales formes cliniques.

I

Les spasmes rythmiques localisés sont ceux qui siègent isolément sur un muscle ou sur un groupe musculaire bien limité. On peut les observer sur les membres, le tronc, la face. Ils provoquent tantôt un clignement continuel des paupières, tantôt un mouvement incessant d'élévation et d'abaissement des mâchoires, tantôt une propulsion intermittente de la langue hors de la bouche, tantôt des mouvements rotatoires ou pendulaires de la tête, etc.

La jeune femme que je vous présente est une hystérique atteinte d'un spasme rythmique localisé des muscles sterno-cléido-mastoïdiens qui s'est développé dans les circonstances suivantes :

Observation I. — *Spasme rythmique hystérique des muscles du cou.* — Amélie H... est âgée de vingt-trois ans. On trouve dans ses antécédents héréditaires plusieurs tares névropathiques. Son père, devenu hémiplégique à trente ans, est mort à quarante-six ans sans avoir jamais repris la liberté de ses mouvements. Son grand-père maternel était asthmatique. Sa grand'mère maternelle était sujette à des attaques de nerfs. Sa mère est franchement hystérique. Ses deux frères sont des originaux d'une brutalité excessive.

Amélie a eu une enfance maladive. A dix-huit mois, son ventre est devenu si gros qu'on a craint une péritonite et qu'on l'a couvert de vésicatoires. A quatre ans, fièvre muqueuse; à huit ans, variole; à quatorze ans, menstruation, accompagnée de douleurs abdominales et de maux de tête violents. A quinze ans, à l'occasion d'une suppression menstruelle, Amélie eut pendant trois mois des vomissements alimentaires incoercibles et une céphalalgie si intense et si persistante qu'on crut à une méningite. A dix-huit ans, nouvelle suppression des règles et apparition de vomissements de sang, survenant tous les jours à huit heures du matin, pendant quinze mois consécutifs.

A vingt ans, à l'occasion de chagrins d'amour (sa mère avait refusé un jeune homme qu'elle aimait et qui la demandait en mariage), Amélie éprouva une vive contrariété et eut une grande attaque hystérique qui dura plusieurs heures. Quelques mois plus tard, une réprimande de sa mère détermina une seconde attaque convulsive, après laquelle Amélie resta aphone pendant huit jours.

A partir de cette époque, les attaques se reproduisirent, tantôt à l'occasion de contrariétés les plus futiles, tantôt spontanément. Elles étaient précédées d'une aura ovarienne très nette et suivies quelquefois de contractures des membres et de l'œsophage ou de sommeil hypnotique.

Amélie est entrée pour la première fois à l'hôpital en juin 1885. Elle avait alors une contracture violente du pharynx et de l'œsophage, qui l'empêchait absolument d'avaler. Elle avait, en outre, un certain nombre de symptômes permanents de l'hystérie : anesthésie cutanée générale *(fig. 32)*, abolition totale du goût et de l'odorat, amaurose de l'œil gauche et anacousie de l'oreille gauche. Elle avait plusieurs zones spasmogènes *(fig. 32)*. Elle était facilement hypnotisable, mais non suggestible.

J'ai à peine besoin de vous dire que, dès les premiers jours qui suivirent son admission dans le service, elle fut considérée comme une hystérique. Avec de pareils antécédents pathologiques, avec un tel ensemble de stigmates, avec des symptômes aussi franchement accusés, le diagnostic s'imposait sans qu'il y eût place à la moindre hésitation.

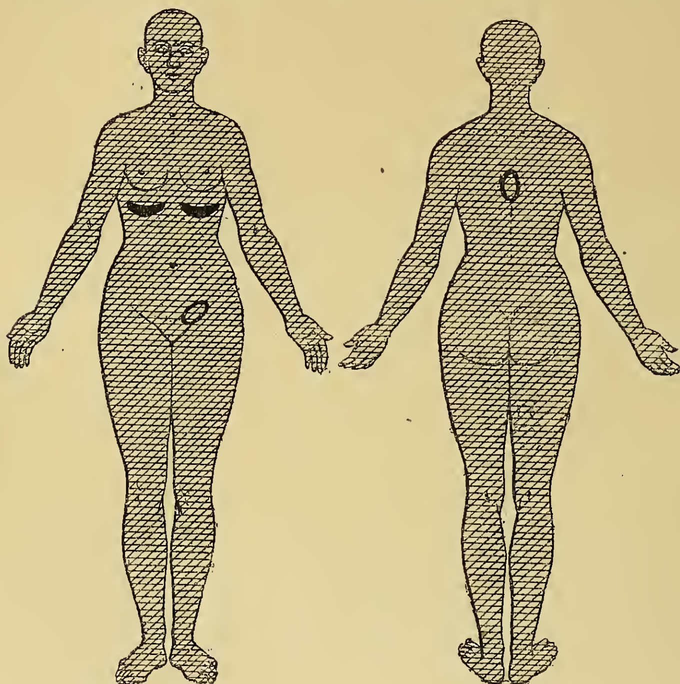
Après trois mois de traitement par la faradisation locale et le gavage de l'estomac, la contracture du pharynx et de l'œsophage disparut. Une amélioration très sensible se produisit dans l'état général, et finalement la

malade, débarrassée des accidents pour lesquels elle était entrée à l'hôpital, demanda son exeat. Il fut convenu qu'elle partirait le 17 août.

Le 16, elle se rendit aux bains à une heure de l'après-midi, se déshabilla seule et s'étendit dans une baignoire. Elle y était à peine depuis dix minutes quand elle entendit subitement un grand fracas et se trouva enveloppée dans un nuage de poussière.

C'était le plâtre du plafond de la salle qui venait de se détacher et qui était tombé bruyamment sur le sol. Amélie n'avait pas été blessée, mais

Fig. 32. — Distribution de l'anesthésie cutanée et des zones spasmo-frénatrices d'Amélie II...



elle avait été terriblement épouvantée. Elle eut sur-le-champ une grande attaque convulsive qui dura de une heure à quatre heures de l'après-midi, et cette attaque fut suivie d'une contracture des quatre membres qui persista pendant un mois. En même temps, sa tête commença à être incessamment agitée par des secousses convulsives brèves, rapides, qui existent encore aujourd'hui, vingt et un mois après l'accident provocateur.

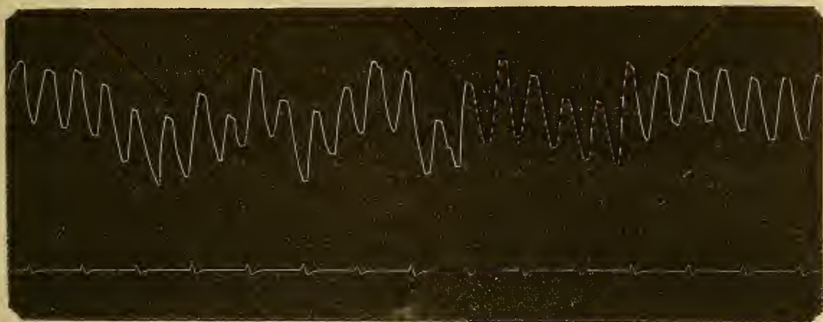
Analysons maintenant les caractères de ces convulsions rythmées :

a) Elles paraissent siéger exclusivement dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Le peaucier, le trapèze et les autres muscles rotateurs de la tête n'y prennent aucune part. Il s'agit bien, dans l'espèce, d'un spasme localisé.

b) L'amplitude des secousses convulsives est en rapport constant avec la

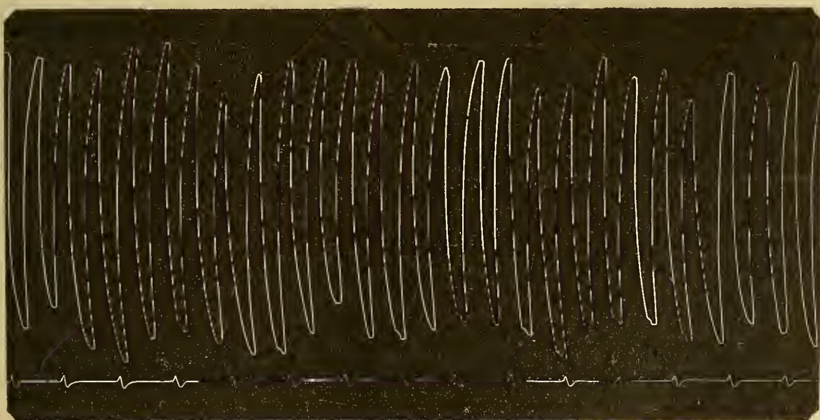
position prise par la malade. Dans la position verticale (assise ou debout) le spasme est très léger, presque insignifiant. Il persiste néanmoins, ainsi qu'on peut s'en assurer en prenant entre les doigts l'un ou l'autre des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens, mais il est si faible qu'il n'imprime pas

Fig. 33. — Spasme rythmique localisé d'Amélie H...



Inscription des secousses du sterno-cléido-mastoïdien droit, la malade étant dans le décubitus dorsal. Le chronographe bat les secondes. Nombre des secousses : 108 par minute.

Fig. 34. — Spasme rythmique localisé d'Amélie H...



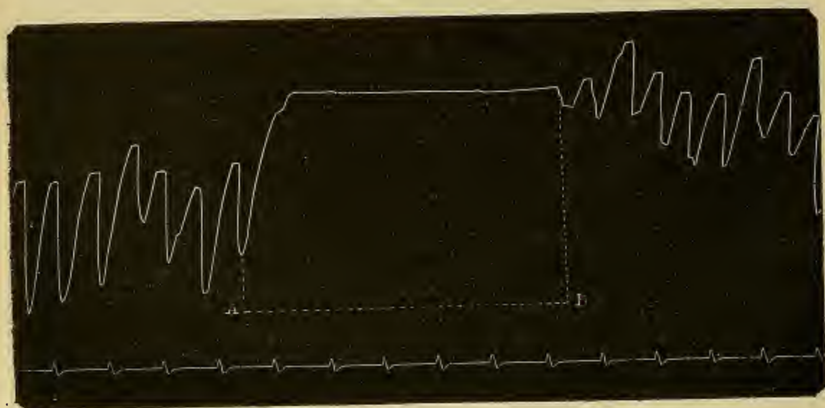
Inscription des secousses du sterno-cléido-mastoïdien droit, la malade étant dans le décubitus latéral gauche. L'amplitude des secousses est beaucoup plus grande que lorsque la malade est dans la position horizontale. Le nombre des secousses n'est pas changé.

d'oscillations visibles à la tête. Quand la malade est dans le décubitus dorsal, la face dirigée exactement dans le sens du plan médian du corps, le tic paraît être un peu plus fort (*fig. 33*). Si la face est inclinée vers la droite ou vers la gauche, le tic augmente d'intensité dans le muscle sterno-mastoïdien du côté opposé à celui vers lequel la face est inclinée.

Enfin, quand la malade est étendue dans le décubitus latéral droit ou gauche, les secousses convulsives deviennent très fortes dans le muscle sterno-mastoïdien du côté opposé au décubitus *(fig. 34)*. La tête est alors agitée de mouvements brusques, saccadés, régulièrement rythmés, qui lui font exécuter des oscillations latérales très appréciables. A chaque secousse, le muscle sterno-cléido-mastoïdien correspondant se dessine sous la peau avec la forme d'une corde saillante tendue entre les insertions mastoïdienne et sterno-claviculaire.

c) Quelle que soit l'amplitude des contractions, elles se succèdent toujours régulièrement avec un rythme à peu près uniforme : on en compte de 100 à 110 par minute. Elles cessent complètement pendant le sommeil naturel, mais elles persistent pendant le sommeil hypnotique. Elles ne peuvent être arrêtées par la volonté.

Fig. 35. — Arrêt du spasme rythmique localisé d'Amélie H...



De *A* en *B* on exerce une compression énergique sur la zone frénatrice située au niveau de la cinquième vertèbre dorsale. Le spasme s'arrête parce que les muscles sterno-cléido-mastoïdiens se contracturent. Aussitôt qu'on cesse la compression de la zone frénatrice, les secousses reparaissent avec le même rythme que précédemment.

d) Les excitations mécaniques des muscles sterno-cléido-mastoïdiens (pression, traction) ne modifient pas le rythme du tic convulsif. Il en est de même de la compression des ovaires.

e) Le passage d'un courant faradique tétanisant dans l'un des muscles sterno-cléido-mastoïdiens arrête le tic, mais lui substitue une contracture persistante du muscle correspondant, et par conséquent un torticolis. La contracture ainsi produite se dissipe quand on électrise le muscle symétrique du côté opposé non contracturé, ou quand on souffle brusquement et à plusieurs reprises sur le muscle contracturé.

La compression énergique et soutenue de la colonne vertébrale dans un point limité compris entre les apophyses épineuses des quatrième et sixième vertèbres dorsales arrête les secousses rythmiques. Elles reparaissent aussitôt qu'on cesse la compression *(fig. 35)*.

Pendant l'arrêt déterminé par cette manœuvre, les muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont contracturés. Si la compression est modérée, les secousses deviennent moins amples par le fait d'une tendance manifeste du muscle à la contracture, tendance qui l'empêche de revenir complètement à sa position d'inertie dans l'intervalle de deux secousses successives.

Parmi les caractères de ce spasme, il en est deux sur lesquels je désire insister d'une façon particulière. Ce sont : l'influence de l'attitude sur l'amplitude des secousses convulsives et l'action frénatrice exercée par la pression d'un point limité de la colonne vertébrale.

L'influence de l'attitude générale du corps sur les spasmes localisés est un phénomène difficile à expliquer, mais qui s'observe dans un grand nombre de cas. Il a déjà été signalé dans plusieurs observations analogues à la nôtre.

R. Hunter[1] rapporte l'histoire d'une femme de vingt-trois ans qui était atteinte depuis six ans de convulsions rythmiques de la tête : « Quand elle était couchée sur le dos, dit l'auteur anglais, sa tête se portait alternativement d'un côté à l'autre; quand elle était couchée sur un côté, celui qui n'était pas appuyé sur l'oreiller était agité de violentes vibrations. »

Fournier[2] a vu un exemple de convulsions rythmées du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté droit dans lequel la face était brusquement tournée à gauche et l'occiput entraîné vers l'épaule droite de 20 à 30 fois par minute. Ce spasme s'arrêtait dans le lit et même dans la position assise, quand la tête était fixée sur un oreiller.

L'action frénatrice résultant de l'excitation de certains points du corps souvent fort éloignés du siège du spasme est, elle aussi, un phénomène inexplicable, quoique fréquemment observé dans les spasmes convulsifs liés à l'hystérie.

La compression ovarienne suffit, dans certains cas, pour faire disparaître temporairement les accidents hystériques les plus dissemblables. Mais les zones frénatrices peuvent siéger en dehors des régions ovariennes. Chez notre malade, la compression des ovaires, qui arrête fort bien les attaques convulsives, ne modifie pas le spasme rythmique. Ce spasme est au contraire arrêté par la pression de la colonne vertébrale au niveau de la cinquième

[1] R. Hunter, *Edinburg medical and surgical Journal*, t. XXIII.

[2] Fournier, *Quelques considérations sur le tic rotatoire*. Th. de doct., Strasbourg, 1870.

vertèbre dorsale. Pourquoi? J'avoue que je l'ignore complètement. Mais au point de vue du diagnostic, la découverte d'une zone frénatrice, où qu'elle se trouve placée, est d'une importance sérieuse, car d'ordinaire les accidents qui peuvent être modifiés ou suspendus à volonté par le seul fait de la pression de zones périphériques, sont des accidents de nature hystérique.

Au lieu d'être persistants comme dans le cas que nous venons d'étudier, les spasmes rythmiques localisés peuvent être intermittents, c'est-à-dire se montrer sous forme d'attaques plus ou moins longues, séparées par des intervalles de repos complet.

Exemple : M. Folet (de Lille) a rapporté l'observation d'une jeune femme de vingt-huit ans présentant tous les attributs de l'hystérie, mais n'ayant cependant jamais eu de grandes attaques convulsives, qui devint sujette, dès l'âge de quatorze ans et à la suite d'une frayeur très vive, à des crises de spasmes rythmiques qui se renouvelaient tous les ans et duraient de cinq à quinze jours.

Dans chacune de ces crises, elle avait tous les jours plusieurs accès de quatre à cinq heures de durée, pendant lesquels des secousses convulsives du trapèze et des autres muscles élévateurs des omoplates, se répétant régulièrement de 75 à 150 fois par minute, provoquaient des haussements d'épaules tout à fait incommodes. Ces secousses cessaient pendant le sommeil, et elles disparaissaient complètement pendant les courts intervalles des accès et dans les intervalles beaucoup plus prolongés des crises annuelles [1].

II

Il existe une affection dont la description ressemble singulièrement à celle des spasmes rythmiques localisés, c'est la chorée dite électrique, qu'il ne faut pas confondre avec la maladie décrite jadis par Dubini, sous le nom de *chorée électrique*.

La chorée dite électrique est une névrose convulsive qui se développe le plus souvent chez des enfants de douze à quinze ans. Elle est essentiellement caractérisée par des mouvements involontaires, brusques, saccadés, siégeant isolément ou simultanément dans les muscles de la tête, du tronc ou des membres,

[1] Folet, *Convulsions rythmiques des deux épaules de nature hystérique* (*Bulletin médical du Nord*, mars 1872).

et se reproduisant habituellement plusieurs fois par minute, avec un rythme uniforme, pendant un temps plus ou moins long.

Signalée pour la première fois par M. Henning[1], la chorée dite électrique a fait l'objet, en 1868, d'un mémoire détaillé de M. Hénoch[2]. Plus tard, son étude a été reprise en France, sous la direction de MM. Bergeron et Cadet de Cassicourt, par MM. R. Berland[3] et Guertin[4], etc., et en Belgique, par M. Tordeus[5], qui lui a donné le nom d'*électrolepsie*.

La forme des mouvements convulsifs est très variable : dans certains cas, la tête est violemment rejetée en avant ou en arrière; dans d'autres, les épaules sont brusquement soulevées, et les muscles de la face ou des membres sont le siège de secousses involontaires.

Dans tous les cas, ces secousses sont soudaines et saccadées comme si elles étaient provoquées par des décharges électriques. Leur rapidité n'est pas indiquée dans toutes les observations; mais elle est signalée dans quelques-unes et présente d'assez grandes variétés individuelles. Tandis que dans une observation de Tordeus elles ne se reproduisaient que toutes les trois ou quatre minutes, elles se répétaient six fois par minute dans un cas de Guertin.

Entre ces deux extrêmes on trouve des intermédiaires dans lesquels les secousses se montraient une fois (Tordeus), trois fois (Guertin) et quatre fois (Berland) par minute.

La durée de l'affection est tout à fait indéterminée : elle varie de quelques jours à plusieurs années. Dans quelques cas, tous les traitements échouent; parfois, au contraire, il suffit de l'administration d'un vomitif (Berland) ou d'une séance de faradisation (Hénoch, Guertin) pour provoquer des guérisons immédiates.

Il ressort clairement de la description très rapide que vous venez d'entendre que la chorée dite électrique est une affection tout à fait distincte de la chorée électrique des Italiens et de la chorée vulgaire, et que l'analogie des noms ne correspond pas ici à une

[1] Henning, *Traité des maladies des enfants*, 3e édit., 1864.

[2] Hénoch, *Beitræge sur Kinder-Heilkunde* (*Neue Folge*, 1868, p. 113, et Société de médecine berlinoise, séance du 23 novembre 1883, reproduite in *Semaine médicale*, 6 décembre 1883).

[3] René Berland, *Traitement par le tartre stibié d'une forme de chorée dite électrique*. Th. doct., Paris, 1880 et 1890.

[4] A. Guertin, *D'une névrose convulsive et rythmique déjà nommée : Forme de chorée dite électrique*. Th. doct., Paris, 1881, n° 267.

[5] Edouard Tordeus, *De l'électrolepsie ou chorée électrique* (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, mars 1883, p. 209).

communauté d'origine ou de nature. Sur ce point spécial, tous les auteurs sont d'accord : tous considèrent l'électrolepsie comme une névrose convulsive spéciale, différente de la chorée de Sydenham et de la chorée de Dubini.

Quelques-uns vont plus loin : ils affirment qu'elle est également indépendante de l'hystérie.

Je ne partage pas l'opinion de ces derniers, et après avoir relu attentivement les observations publiées dans les mémoires de MM. Hénoch, Berland, Guertin, Tordeus, je reste convaincu que la plupart des cas rapportés par ces auteurs sous les noms de *chorée dite électrique* ou d'*électrolepsie* sont des exemples de spasmes rythmiques dépendant de l'hystérie infantile.

Les raisons sur lesquelles est fondée cette opinion sont de plusieurs ordres.

Et d'abord, il est très ordinaire que les accidents surviennent chez des enfants descendant de parents hystériques ou névropathes (Guertin, Tordeus) et à la suite d'émotions morales vives, de chagrins profonds ou de frayeurs violentes. Ainsi, parmi les sujets dont M. Hénoch rapporte les observations, l'un devint choréique après avoir vu le cadavre d'une femme pendue, l'autre après avoir été ému par le bruit imprévu causé par la fermeture d'une porte, un troisième après avoir fait une chute dans un escalier. Une malade de M. Tordeus fut prise de convulsions rythmiques du cou après avoir été assaillie et mordue par un chien, etc.

D'autre part, lorsque les accidents sont développés, il n'est pas rare qu'ils coexistent avec des symptômes permanents ou transitoires manifestement hystériques, par exemple avec des paralysies fonctionnelles de certains muscles (Guertin) ou avec des hémianesthésies susceptibles d'être transférées d'un côté à l'autre par la faradisation (Hénoch).

Enfin, dans beaucoup de cas, la guérison a lieu subitement, sans convalescence, sous l'influence des procédés thérapeutiques les plus disparates.

Tout cela, vous en conviendrez, est de nature à faire penser que la chorée dite électrique n'a pas d'existence propre et que souvent, sinon toujours, elle est une manifestation de l'hystérie infantile, une variété de spasmes rythmiques hystériques. Dès lors il n'y a pas lieu de chercher des éléments de diagnostic différentiels entre les deux affections, puisqu'en réalité elles se confondent en une seule.

III

Les tics simples ressemblent quelquefois beaucoup aux spasmes rythmiques localisés. Ils en diffèrent cependant par l'irrégularité de leur répétition et la lenteur relative des contractions musculaires qui les caractérisent

Ils se développent dans certains cas dès l'enfance et paraissent constituer alors une sorte de tare névropathique isolée de toute autre manifestation morbide. Dans d'autres cas, beaucoup plus fréquents qu'on ne serait tenté de le supposer de prime abord, ils surviennent à un âge relativement avancé, à la suite de traumatismes ou d'émotions morales vives et presque toujours ils sont alors sous la dépendance directe de l'hystérie.

Les tics qui succèdent à des traumatismes ont été décrits par les chirurgiens sous le nom de spasmes réflexes. Mais il semble résulter des observations recueillies dans ces dernières années, que les sujets atteints de tics convulsifs à la suite de blessures banales, sont des hystériques vrais ou des postulants à l'hystérie, dont le traumatisme a accidentellement éveillé les tendances natives ou acquises. Quelquefois on trouve dans leurs antécédents héréditaires et personnels des traces évidentes de la prédisposition; d'autres fois, l'exploration méthodique de leur sensibilité met en évidence quelques-uns des stigmates révélateurs de l'hystérie.

Voici un malade qui nous fournira la preuve de ces assertions :

Obs. II. — *Tic hystérique des muscles du cou.* — Jean Duc... est un résinier des Landes, âgé de quarante-six ans, d'un caractère doux, peu intelligent, n'ayant jamais eu de maladies vénériennes et ne faisant pas d'excès de boisson. Ses parents jouissent, paraît-il, d'une bonne santé. Il a été lui-même très bien portant jusqu'en 1883, époque à laquelle il commença à ressentir une douleur sourde, légère, mais persistante, à l'épaule gauche.

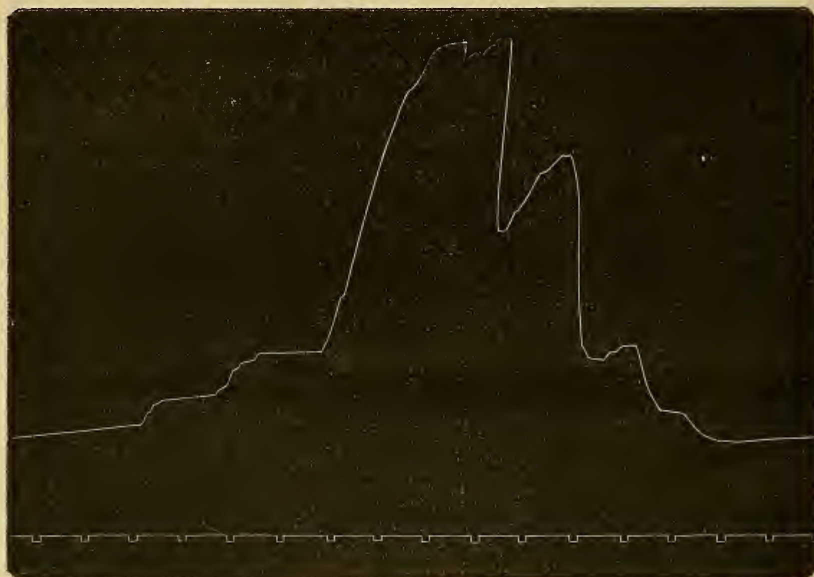
Il faut vous dire que, pour exercer leur métier, les résiniers sont obligés de monter sur les pins, et qu'ils se servent à cet effet d'une longue et grosse tige de bois, appelée *piquet,* sorte d'échelle rudimentaire à encoches latérales, mesurant environ cinq mètres de longueur et pesant une quinzaine de kilogrammes, qu'ils transportent toute la journée, d'arbre en arbre, sur l'épaule gauche. C'est à la présence continuelle de ce fardeau sur l'épaule que Duc... attribuait sa douleur. Il n'y attachait pas, du reste, une grande importance, car il n'en souffrait pas assez pour que cela l'empêchât de travailler. Cependant, il y a six mois, il commença à s'inquiéter; parce

qu'il ressentait à des intervalles irréguliers, des contractions involontaires des muscles du cou, qui entraînaient violemment sa tête vers l'épaule gauche.

Peu à peu ces contractions devinrent plus fréquentes, et bientôt elles rendirent tout travail impossible. Depuis deux mois, elles sont pour ainsi dire continuelles, et se présentent avec les caractères que nous allons analyser ensemble.

Quand le malade est assis ou debout, la face dirigée directement en avant, on voit à chaque instant son cou se gonfler, et son menton se porte lentement, mais avec énergie, vers l'épaule gauche. Le peaucier, le sterno-

Fig. 36. — Tic hystérique des muscles du cou de Duc...



La comparaison des figures 34 et 36 montre bien les différences des phénomènes musculaires qui caractérisent les spasmes rythmiques localisés et les tics. Dans le premier cas *(fig. 34)*, les contractions sont brusques, saccadées, rapides; ce sont de véritables secousses au sens physiologique du mot. Dans le second *(fig. 36)*, les contractions sont lentes, graduelles, progressives. Celle qui est enregistrée dans la figure ci-dessus a duré douze secondes.

cléido-mastoïdien et le trapèze du côté droit se contractent surtout avec force; d'autres muscles du cou entrent également en activité, mais d'une façon moins énergique et moins évidente.

Ces mouvements involontaires se reproduisent de dix à trente fois par minute. Ils ne sont pas subits et saccadés, comme s'ils étaient produits par une décharge électrique : ils sont plutôt lents, soutenus, progressifs *(fig. 36)*. Chacun d'eux dure de une à douze secondes.

Ils diminuent considérablement d'intensité et de fréquence quand le malade est couché sur le côté droit ou sur le côté gauche, ou bien encore quand, tout en restant assis ou debout, il penche fortement sa tête sur

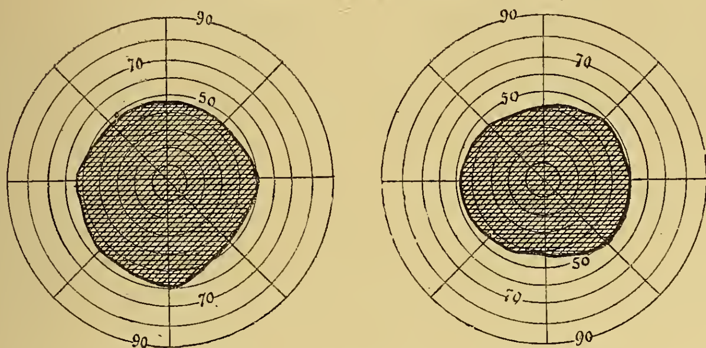
l'une ou l'autre épaule. Dans ces conditions, les contractions ne surviennent que toutes les deux ou trois minutes, et encore sont-elles très faibles.

Les mouvements involontaires s'arrêtent complètement pendant le sommeil. Ils sont également suspendus quand le malade chante, quand il siffle ou simplement quand il récite à haute voix. Nous n'avons pas pu étudier l'action de la lecture et de l'écriture, le sujet étant absolument illettré. La fixation de l'attention sur un objet quelconque, la marche, les mouvements des membres supérieurs ne modifient pas sensiblement le rythme des contractions anormales des muscles du cou.

Ce spasme n'est pas douloureux, mais il est extrêmement incommode; il cause une sensation de fatigue désagréable dans les muscles du cou, et empêche le malade de se livrer à aucun travail.

Duc... ne se plaint d'aucun autre symptôme morbide. Les grandes fonctions organiques s'accomplissent très bien : la digestion, la circulation, la respiration, l'urination sont tout à fait normales.

Fig. 37. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Duc...



L'intelligence est intacte; la motilité des membres est normale; la sensibilité de la peau et des muqueuses est très vive; mais l'exploration campimétrique des yeux révèle un rétrécissement notable *(fig. 37)* des deux champs visuels, c'est-à-dire un des stigmates sensoriels les plus importants de la diathèse hystérique.

Tous les moyens que nous avons essayés pour faire disparaître le tic ont été inefficaces.

Que faut-il conclure de cet ensemble de symptômes? A mon sens, on en peut légitimement déduire que notre malade est atteint d'un tic de certains muscles du cou, vraisemblablement causé par l'habitude de porter le *piquet* sur l'épaule, et vraisemblablement aussi de nature hystérique. L'hystérie est réduite, il est vrai, dans ce cas, à sa plus simple expression symptomatique, mais il est difficile de ne pas reconnaître son cachet dans le rétrécissement concentrique des champs visuels.

IV

Les exemples de tics développés en dehors de toute excitation traumatique chez des hystériques avérés ou chez de simples prédisposés à l'hystérie sont assez communs. Le malade que je vous présente en offre un bel exemple.

Obs. III. — *Tic de la face survenu à la suite de chagrins et de préoccupations morales chez un hystéro-neurasthénique, à l'âge de quarante-cinq ans.* — Auguste Gour..., menuisier, âgé de quarante-sept ans.

Antécédents héréditaires : Père mort phtisique à quarante ans. *Mère,* âgée de soixante-dix ans, jouit d'une bonne santé. Une *sœur* du malade est morte phtisique à l'âge de vingt-sept ans. Aucun des ascendants n'a été atteint de tics ni de maladies nerveuses d'aucune sorte.

Antécédents personnels : Dès sa plus tendre enfance, Gour... a été émotif et impressionnable. La moindre émotion lui donnait un tremblement généralisé qui paralysait tous ses moyens. Dans sa jeunesse il a eu beaucoup de misère et de soucis. Il n'a jamais eu la syphilis. Il a fait peu d'excès alcooliques, cependant il buvait en moyenne deux litres de vin par jour.

Début de la maladie : A vingt ans, Gour... a eu une fièvre typhoïde grave. Depuis lors il est resté sujet à des vertiges accompagnés de tremblement et de secousses convulsives dans les membres, pendant lesquels il entendait ce qui se disait autour de lui sans pouvoir y répondre autrement que par des paroles incohérentes. En 1870 il s'engagea volontairement et fit toute la campagne. Après la guerre, il eut avec sa famille des querelles violentes qui l'affectèrent énormément. En 1884, il reçut dans une rixe des coups sur la tête et depuis cette époque il a conservé une céphalalgie persistante qui l'incommode beaucoup.

L'an dernier, il se lança à corps perdu dans l'aventure boulangiste. A la suite des émotions et des fatigues qu'il éprouva durant la campagne électorale, il commença à ressentir des symptômes nerveux désagréables : lassitudes dans les membres, sensation de froid à la poitrine, de constriction à la gorge, etc. En même temps apparurent des mouvements convulsifs limités au côté gauche de la face. Tous ces symptômes ont persisté depuis le mois d'octobre dernier, c'est-à-dire depuis huit mois.

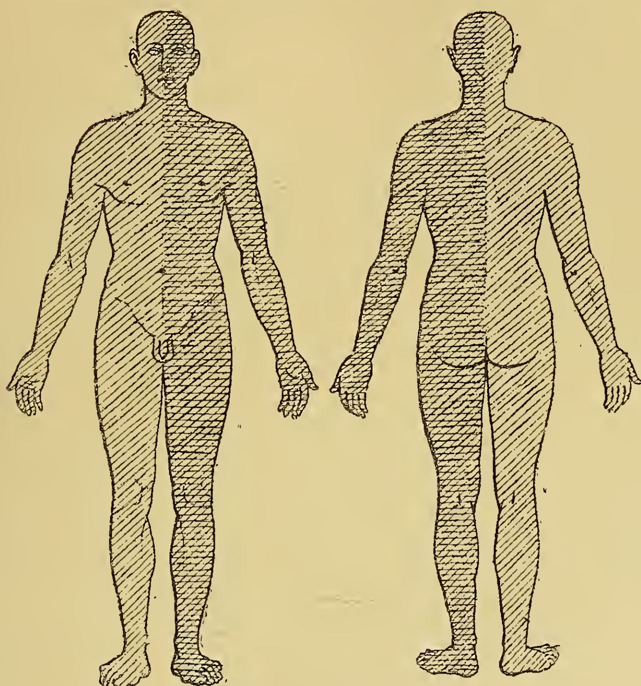
État actuel : Le premier phénomène qui fixe l'attention c'est le tic de la face. A des intervalles très irréguliers, mais qui dépassent rarement une minute, tous les muscles du côté gauche du visage se contractent violemment et restent contractés pendant quelques secondes. Sous l'influence de ces contractions, l'œil gauche se ferme convulsivement, en même temps que l'angle de la bouche est fortement attiré en haut et en arrière.

Le malade sent très bien ces contractions; il se rend compte de la gri-

mace qu'elles lui font faire, mais il ne peut les empêcher volontairement de se produire. Nous n'avons trouvé aucun point du corps dont la pression eût sur elles une influence excitatrice ou frénatrice manifeste. Elles sont plus fortes la nuit que le jour, à tel point qu'elles empêchent souvent le malade de s'endormir. Nous ne savons pas si elles persistent pendant le sommeil. Les émotions morales augmentent notablement leur fréquence.

A certains moments, sans cause connue, le tic devient beaucoup plus violent; pendant une heure ou une heure et demie le malade ne cesse de

Fig. 38. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Gour...
Analgésie du côté gauche du corps, hypoesthésie du côté droit.



grimacer; puis les contractions convulsives s'apaisent, et durant plusieurs heures elles ne se produisent plus que toutes les minutes environ.

Pendant ces sortes d'accès, le malade éprouve des tiraillements désagréables dans toute la région de la joue gauche, mais il n'a, à aucun moment, de douleurs lancinantes aiguës analogues à celles qu'on observe dans la névralgie du trijumeau et dans le tic douloureux de la face.

La peau est complètement analgésique sur toute la moitié gauche du corps. Les sensations de contact, de température, y sont perçues à peu près normalement; les sensations douloureuses n'y sont pas perçues du tout. Du côté droit, on trouve une hypoesthésie très manifeste *(fig. 38)*.

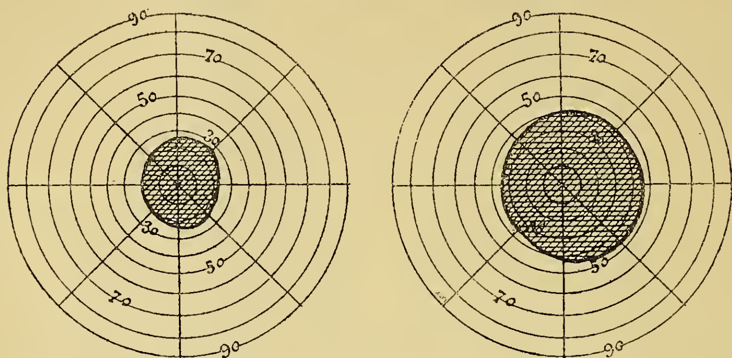
Le réflexe au chatouillement plantaire est aboli des deux côtés. Les

réflexes rotuliens sont brusques. L'excitation du pharynx et de l'épiglotte ne provoque pas de nausées.

Le champ visuel est rétréci concentriquement des deux côtés, un peu plus du côté gauche que du côté droit (*fig. 39*). Les pupilles sont normales; elles réagissent vivement à la lumière et aux efforts d'accommodation. Il n'y a pas d'achromatopsie ni de dyschromatopsie.

Le malade est toujours triste, sombre, préoccupé. Il n'a pas d'idées de persécution ni d'impulsion au suicide, mais il est toujours disposé à voir tout en noir. Il supporte difficilement la contradiction. Il est irritable et susceptible à l'excès. Il est fatigué par des longues insomnies. Il n'a pas de cauchemars.

Fig. 39. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Gour...



Indépendamment de ce tic, notre malade se plaint d'une céphalée continuelle; il a, dit-il, la tête serrée dans un cercle de fer. Il éprouve aussi de temps en temps des douleurs constrictives ou lancinantes dans les membres inférieurs et le long de la colonne vertébrale.

La marche est lente, traînante; cependant il n'y a ni steppage ni incoordination ataxique. L'occlusion des yeux augmente l'instabilité.

Tout le corps est agité d'un petit tremblement serré analogue à celui de la maladie de Graves, mais il n'y a ni tachycardie, ni gonflement du corps thyroïde, ni saillie anormale des globes oculaires.

Les deux membres du côté gauche sont notablement plus faibles que ceux du côté droit.

Il est de toute évidence, Messieurs, que nous avons affaire là à un de ces cas complexes dans lesquels l'hystérie et la neurasthénie associent leur malfaisante influence. La céphalée en casque, les tendances mélancoliques appartiennent plutôt à la neurasthénie qu'à l'hystérie. Mais l'analgésie cutanée, le rétrécissement concentrique des champs visuels et le tic de la face qui s'est développé il y a huit mois à la suite d'émotions morales vives, sont, si je ne me trompe, des accidents hystériques.

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES *(suite)*.

(2° Spasmes systématisés ou gesticulatoires).

SOMMAIRE

I. Des spasmes rythmiques systématisés ou gesticulatoires. Définition; historique. Examen d'une malade atteinte de spasmes salutatoires hystériques.

II. Observation d'un malade atteint de spasmes saltatoires.

III. Description des spasmes malléatoires, oscillatoires, etc.

IV. Rapports des spasmes systématisés avec la chorée vulgaire et le paramyoclonus multiplex.

Messieurs,

Sous le nom générique de *spasmes rythmiques systématisés ou gesticulatoires,* il convient de réunir un certain nombre de faits cliniques, fort disparates en apparence et fort analogues en réalité, dans lesquels les malades exécutent involontairement, consciemment et avec une cadence uniforme, des mouvements complexes, coordonnés, semblables à ceux qui se produisent sous l'influence de la volonté dans un but intentionnellement déterminé.

I

Les *spasmes rythmiques systématisés* ont attiré depuis fort longtemps l'attention des observateurs.

Les médecins du XVIIe siècle en ont rapporté plusieurs exemples. La plupart des faits publiés dans les travaux de cette époque, particulièrement dans les *Éphémérides des curieux de la nature,* sous les titres de : *Motus convulsivus extraordinarius, — Convulsio*

admirabilis, — Convulsiones admirandæ, — Mira convulsio, — Admirandi convulsivi motus, etc., se rapportent à l'histoire des spasmes gesticulatoires. Plus tard, on rapprocha ces étranges accidents convulsifs de la danse de Saint-Guy et on les considéra comme des formes anormales de la chorée (chorées ambulatoire, salutatoire, saltatoire, malléatoire, oscillatoire, etc.). Aujourd'hui tous les auteurs tendent à penser qu'elles n'ont aucun rapport avec la chorée; mais, en revanche, il paraît démontré, surtout depuis les recherches de M. Charcot, qu'elles sont assez souvent des manifestations symptomatiques de l'hystérie.

Vous trouverez la majeure partie des documents se rapportant à leur étude dans les travaux de Bouteille [1], Itard [2], Toulmouche [3], Paget [4], Germain Sée [5], Roth [6]; dans les leçons cliniques de Trousseau [7], Jaccoud [8], Charcot [9]; dans les mémoires de W. Mitchell [10], Gowers [11], etc.

Rien n'est plus curieux, Messieurs, que de voir les malades atteints de ces formes singulières de convulsions coordonnées. Les uns sont emportés, malgré eux, dans une course rapide; d'autres exécutent des sauts régulièrement cadencés; d'autres font des mouvements continuels de rotation ou d'oscillation pendulaire du tronc; d'autres frappent avec leurs poings un objet imaginaire ou une partie quelconque de leur corps.

L'une de leurs formes les plus étranges est la forme salutatoire. En voici un exemple :

Observation I. — *Spasmes salutatoires hystériques.* — Élisa G..., âgée de trente ans, est une de nos hystériques avérées. Elle est hémianesthé-

[1] Bouteille, *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy.* Paris, 1810.

[2] Itard, *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix* (*Archives générales de médecine,* 1825).

[3] Toulmouche, *Observations sur la lésion de quelques fonctions volontaires de la locomotion et de la préhension* (*Archives générales de médecine,* 1832).

[4] Paget, *Observations de mouvements rythmiques spasmodiques, suivies de quelques remarques.* (*Edinburg med. and surg. Journal,* 1847. Traduit in *Arch. gén. de méd.*, 1847).

[5] Germain Sée, *De la chorée* (*Mémoires de l'Académie nationale de médecine,* t. XV, 1850).

[6] Roth, *Histoire de la musculation irrésistible ou de la chorée anormale.* Paris, 1850.

[7] Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,* t. II.

[8] Jaccoud, *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière.* Septième leçon : *Chorée, spasmes rythmiques.*

[9] Charcot, *De la chorée-rythmique hystérique* (*Progrès médical,* 1878, p. 93 et 123). — *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III. Quinzième leçon : *Tremblement et mouvements choréiformes. Chorée rythmée.*

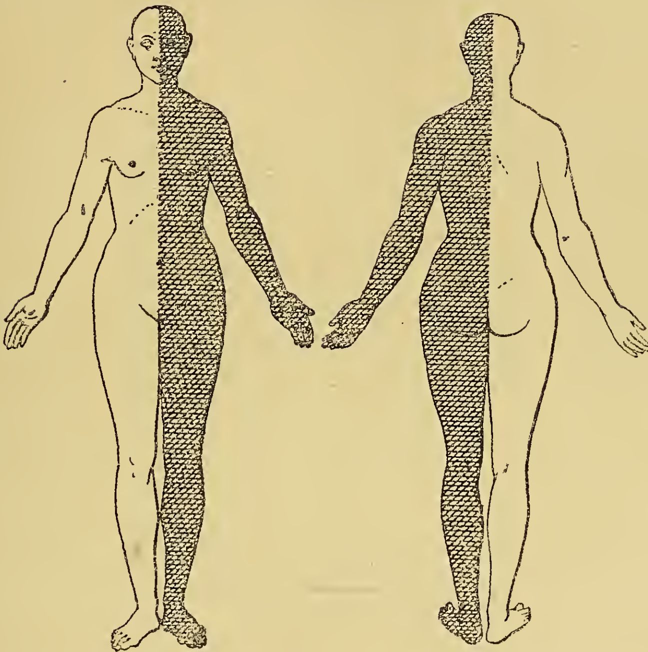
[10] W. Mitchell, *On fonctionnal spams* (*Amer. Journal of med. science,* octobre 1876).

[11] Gowers, *On saltatoric spams* (*The Lancet,* 14-28 juillet 1877).

sique gauche *(fig. 40)* et sujette depuis neuf ans à des attaques convulsives hystéro-épileptiques. Il y a huit jours, à la suite d'une de ces attaques, elle a été prise de mouvements choréiformes rythmés qui persistent encore aujourd'hui. Dans le décubitus horizontal, ces mouvements sont caractérisés par des secousses convulsives d'apparence irrégulière qui ressemblent, à s'y méprendre, à ceux de la chorée vulgaire.

Mais c'est bien autre chose dans la station verticale, où les mouvements se répètent régulièrement et forcent la malade à faire, toutes les secondes

Fig. 40. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Élisa G...
Hémianesthésie gauche.



environ, une sorte de salutation profonde accompagnée d'un rictus grimaçant de l'effet le plus grotesque. Les convulsions sont plus amples dans les membres du côté gauche que dans ceux du côté opposé, mais elles ne sont pas limitées à l'une des moitiés latérales du corps.

Elles méritent bien le nom de convulsions rythmées, puisqu'elles se produisent avec une cadence régulière à des intervalles sensiblement égaux; elles méritent aussi l'épithète de systématisées, car elles entraînent toujours des attitudes combinées du tronc et des membres, des gestes outrés mais expressifs, semblables à ceux que pourrait exécuter un acteur comique exagérant jusqu'au ridicule la mimique de la salutation cérémonieuse.

Ces spasmes coordonnés s'arrêtent complètement pendant la nuit, et on

peut les suspendre temporairement en exerçant une pression énergique sur la région ovarienne gauche, que la malade soit dans la position verticale ou dans la position horizontale. Ils cessent aussi pendant le sommeil hypnotique provoqué.

Je ne crois pas qu'il puisse y avoir le moindre doute sur la nature hystérique de cet accident. Développé subitement chez une hystérique invétérée à la suite d'une attaque convulsive, il va persister pendant un laps de temps dont il est impossible de prédire la durée, mais vous pouvez être certain qu'il guérira, et probablement il guérira tout à coup après une émotion morale ou après une nouvelle attaque convulsive. Il serait peut-être même possible d'en délivrer la malade en provoquant une ou plusieurs attaques par l'excitation des zones spasmogènes, et je me propose d'essayer, après la leçon, l'action de ce moyen [1].

La forme salutatoire des spasmes rythmiques hystériques n'est pas aussi rare que vous pourriez le supposer. On en trouve d'assez nombreuses observations dans les recueils scientifiques.

G.-E. Paget en a publié en 1847 un cas tout à fait caractéristique : une dame de trente-cinq ans, sujette depuis quelques années à des attaques hystériques, commença à avoir, le 1er février 1846, des mouvements convulsifs coordonnés qui la forçaient à saluer alternativement à droite et à gauche. Deux ou trois fois par jour, ces mouvements étaient interrompus par de grandes attaques hystériques, mais ils recommençaient aussitôt après la fin des attaques. Ils étaient exécutés régulièrement, sans précipitation. « On eût pu les prendre, dit l'auteur anglais, pour des salutations d'une personne qui aurait reçu une nombreuse société, mais il y avait cette différence que les mouvements étaient répétés sans interruption et avec une régularité véritablement rythmique. » Quand on faisait asseoir la malade, les mouvements s'arrêtaient; seulement, au bout de quelques instants, elle éprouvait une angoisse épigastrique si pénible qu'elle était obligée de se lever. Ces accidents persistèrent pendant un mois environ, puis ils guérirent complètement [2].

Il est assez fréquent que les mouvements salutatoires, comme du reste tous les autres spasmes systématisés, soient limités à une moitié latérale du corps. M. Charcot en a rapporté un exemple fort

[1] Le succès a été aussi complet que possible. Après trois attaques provoquées successives, le spasme rythmique a disparu définitivement.

[2] G.-E. Paget, *Observations de mouvements rythmiques spasmodiques, suivies de quelques remarques* (*Edinburg med. and surg. Journal,* janvier 1847). Ce mémoire a été traduit en français dans les *Archives générales de médecine,* septembre 1847, 4e série, t. XV, p. 52.

intéressant en 1878. Dans ce cas, de même que dans le nôtre, le spasme rythmique s'était développé, chez une hystérique invétérée, consécutivement à une grande attaque convulsive. Les mouvements gesticulatoires étaient bornés aux muscles des membres du côté droit et de la moitié droite de la face. La compression méthodique de la région ovarienne droite les arrêtait instantanément, mais ils recommençaient à se produire aussitôt qu'on cessait la compression. Ils disparurent définitivement à la suite d'une série d'attaques convulsives spontanées [1].

Enfin, dans certains cas, les spasmes gesticulatoires s'arrêtent pendant un temps plus ou moins long sous l'influence de certaines attitudes du corps ou de l'application de l'esprit à certains travaux. Trousseau raconte, par exemple, l'histoire d'une jeune hystérique de dix-neuf ans qui fut prise, après avoir éprouvé de violents chagrins, de mouvements choréiformes limités au côté gauche du corps. Ces mouvements persistaient toute la journée et s'exagéraient quand on essayait de les suspendre par la force. « Toutefois, il y avait un moyen de calmer comme par enchantement toute cette agitation, c'était de faire mettre la jeune fille au piano; elle pouvait y rester une heure, deux heures, jouer parfaitement et aussi régulièrement que possible, sans perdre la mesure, sans manquer une note [2].»

II

Les *spasmes saltatoires* ne diffèrent des spasmes salutatoires que par la nature des mouvements qu'ils provoquent. Les malades atteints de cette forme de convulsions rythmées sont pris à certains moments, sans perte de connaissance, sans délire, sans aucune espèce de troubles des facultés intellectuelles, d'un besoin irrésistible de sauter. Ils se rendent parfaitement compte de ce qu'ils font; ils voudraient s'arrêter, mais leurs muscles entrent en action indépendamment de leur volonté. Tantôt ils sautent sur place comme des marionnettes articulées dont une main invisible ferait mouvoir les ressorts, tantôt ils s'élancent impétueusement en bondissant sur les meubles; tantôt enfin ils parcourent leurs appartements en sautillant. Exemples :

Un jeune garçon de treize ans, observé par Trousseau, ne pré-

[1] J.-M. Charcot, *De la chorée rythmique hystérique* (*Progrès méd.*, 1878, p. 93 et 113).
[2] Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 3e édit., t. II, p. 263.

sentait aucune gène dans l'exécution des mouvements volontaires; il pouvait courir et sauter avec la même agilité que ses camarades; il se servait très aisément de ses mains pour manger et pour boire. Mais, ajoute Trousseau, « sous l'influence de je ne sais quel trouble de l'innervation, cet enfant était pris de mouvements bizarres, de contractions musculaires involontaires qui le jetaient en avant, comme s'il eût été lancé par un ressort, le faisaient sauter à sept ou huit pieds de la place qu'il occupait lorsqu'il était debout, ou le faisaient se lever brusquement, mécaniquement, si je puis ainsi dire, du siège où il était assis, mais ne l'en précipitaient pas. Dans ce désordre des fonctions locomotrices, il y avait une sorte d'harmonie; et si toutes les puissances musculaires étaient soustraites à l'empire de la volonté, toutes du moins entraient simultanément en jeu. »

Un autre jeune garçon se levait brusquement pendant ses accès, poussé pour ainsi dire par un ressort qui se serait distendu; s'élançait sur un meuble avec une agilité et une souplesse merveilleuses, puis il revenait s'asseoir tranquillement sur sa chaise [1].

M. Jaccoud raconte, dans une de ses cliniques, l'histoire d'un enfant d'une dizaine d'années, issu d'une mère hystérique, qui tombait soudainement à genoux et parcourait en sautillant la pièce où il se trouvait. L'accès fini, il se relevait sans éprouver autre chose qu'un peu de fatigue. Il guérit en peu de temps [2].

Dans quelques observations de spasmes saltatoires hystériques, les convulsions rythmées ne se produisent que lorsque les malades sont dans la station verticale. Tant qu'ils restent étendus dans leur lit, on ne constate aucun trouble de la motilité de leurs membres inférieurs; aussitôt qu'ils se lèvent, leurs jambes sont agitées de secousses convulsives violentes.

M. Gowers a publié deux observations de ce genre. Voici le résumé de la première : Louisa B..., fille d'un alcoolique endurci, fut atteinte à différentes reprises de convulsions rythmiques des membres inférieurs. Quand la malade était couchée, ces membres ne présentaient ni paralysie, ni rigidité, ni secousses convulsives anormales. Mais aussitôt qu'elle voulait appuyer les pieds par terre, les deux jambes étaient prises de convulsions cloniques qui secouaient violemment tout le corps. Les secousses convulsives se

[1] Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 3e édit., t. II, p. 254.

[2] Jaccoud, *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de Lariboisière*, 2e édit., 1874, p. 172.

produisaient synchroniquement dans les deux jambes; elles se produisaient environ deux ou trois fois par seconde. Elles étaient si violentes que les talons étaient soulevés à plusieurs pouces de hauteur et retombaient violemment sur le sol. Elles duraient tant que la malade restait debout, et cessaient instantanément aussitôt qu'elle se couchait. Après quatre mois, cette malade guérit spontanément et soudainement[1].

Les observations, souvent citées, de Bamberger[2], Beigel[3], Guttmann[4], Frey[5], etc., que vous trouverez reproduites ou résumées dans un grand nombre d'ouvrages classiques, particulièrement dans le savant article que C. Zuber a consacré aux spasmes saltatoires dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* sont de curieux exemples de spasmes systématisés dont il est bien difficile de dire avec certitude s'ils sont ou non de nature hystérique.

Le fait suivant que nous avons pu étudier à loisir dans le service est tout aussi remarquable, mais les conditions héréditaires du sujet, les circonstances dans lesquelles s'est développée la maladie et l'existence de quelques stigmates hystériques ne permettent guère de douter de la légitimité du diagnostic de *spasmes saltatoires hystériques.*

Obs. II. — *Pseudo-chorée saltatoire hystérique.* — Jean Yo..., cultivateur, âgé de cinquante et un ans, est entré à l'hôpital (salle 16, lit 18) le 5 juin 1889 pour des douleurs d'estomac et des accès de spasmes saltatoires. C'est un homme maigre, d'une intelligence assez vive, mais d'une crédulité excessive. Il est convaincu que son mal lui a été donné par quelque sorcier du pays et que les médecins ne pourront pas le guérir.

Antécédents héréditaires : Son *grand-père paternel* était ivrogne et violent; son *père,* très emporté, se grisait facilement; sa *grand'mère maternelle* s'adonnait à la boisson; sa *mère* est encore vivante et jouit d'une assez bonne santé. En outre, Yo... a une *tante du côté paternel* franchement hystérique, et une *sœur* sujette à des attaques de sanglots et d'étouffements.

Antécédents personnels : Depuis l'âge de vingt ans, Yo... a une ou deux fois par an des crises de gastralgie accompagnées de vomissements bilieux très pénibles. Il a mené une vie régulière, n'a jamais fait d'excès alcooli-

[1] Gowers, *On saltatoric spams (The Lancet,* july 1877*).*

[2] Bamberger, *Ueber saltatorischen Reflexkrampf* (*Wiener med. Woch.,* 1859).

[3] Beigel, Traduction allemande du livre de Reynolds sur l'*Epilepsie.* Erlangen, 1865, p. 119.

[4] Guttmann, *Berliner klinische Wochenschrift,* 1867, et *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* 1875, t. VI, p. 378.

[5] Frey, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,* 1875, t. VI, p. 349.

ques, n'a pas contracté la syphilis. Dans ces dernières années, il a eu de grandes contrariétés : il s'est brouillé pour des questions d'intérêt avec presque toute sa famille et a perdu des sommes d'argent assez importantes.

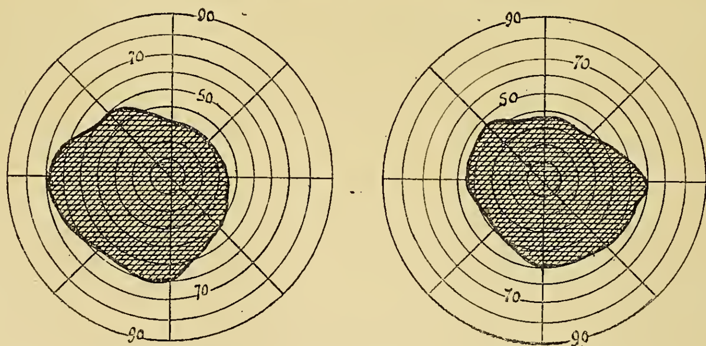
En décembre 1885, pendant une crise de gastralgie, il fut pris pour la première fois de spasmes saltatoires analogues à ceux qu'il a aujourd'hui. Des accidents identiques se montrèrent en 1886 et en 1888. Ils ont reparu pour la quatrième fois en juin 1889.

État actuel : Les accès surviennent cinq ou six fois par jour. Chacun d'eux s'annonce par une sensation douloureuse, par une sorte de vibration indéfinissable qui, partant de l'épigastre, s'étend rapidement au reste du tronc et aux membres. En même temps se développe un besoin irrésistible de remuer. Le malade se lève et commence à marcher en sautillant. Puis, petit à petit, les mouvements s'accélèrent et donnent lieu à une danse grotesque du plus singulier effet.

Le corps penché en avant, les mains appuyées sur une canne, il exécute des bonds désordonnés. Il conserve toute son intelligence, se rend parfaitement compte de ce qu'il fait, mais il ne peut s'empêcher de sauter ainsi sur place. La crise se termine par une raideur très marquée des membres inférieurs. La durée totale est de huit à quinze minutes.

Dans les intervalles le malade se plaint de douleurs épigastriques. Il ne cesse de répéter qu'il a une « poche d'eau dans l'estomac ». Il existe d'ailleurs des signes non douteux de dilatation de l'estomac. Le cœur et les poumons sont normaux. Les urines sont claires et ne contiennent ni sucre ni albumine.

Fig. 41. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Yo...



La sensibilité cutanée est normale partout. Pas d'anesthésies sensorielles. Léger rétrécissement concentrique du champ visuel *(fig. 41)*. Abolition du réflexe pharyngien. Réflexes rotuliens normaux. Nous n'avons pas trouvé de zones dont l'excitation eût pour effet de provoquer ou d'arrêter les accès saltatoires de notre malade. La pression des testicules, en particulier, détermine de la douleur, mais ne modifie pas les phénomènes spasmodiques [1].

[1] Ces accès ont disparu après quelques semaines de traitement par le naphtol à l'intérieur et l'hydrothérapie.

III

On donne le nom de *spasmes malléatoires* aux convulsions rythmées s'accompagnant de mouvements semblables à ceux que fait le forgeron *(malleator)* quand il frappe en cadence son marteau sur l'enclume, et, par extension, à tous les spasmes dans lesquels les malades frappent à coups répétés, avec les membres supérieurs ou inférieurs, un point quelconque de leur corps, ou semblent frapper un objet imaginaire.

Itard[1] en rapporte un bel exemple. Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune dame sujette depuis un an à des accès convulsifs débutant par une raideur tétanique du tronc et des membres et se terminant par un cri aigu pareil à ceux qu'arrache une terreur soudaine. Alors, par un mouvement involontaire imprimé à ses deux bras, la malade se frappait le creux de l'estomac à coups de poing redoublés, très vigoureusement assénés et qu'on pouvait entendre de la pièce voisine, cela sans délire, sans perte de connaissance, sans aucun trouble des sens externes. Seulement, comme cet état spasmodique était partagé par les muscles de la respiration et du larynx, elle ne pouvait s'exprimer qu'à voix basse, par mots entrecoupés et faiblement articulés. Souvent ces mouvements convulsifs étaient suspendus pendant quelques minutes par le retour de spasmes toniques qui, comme au début de l'accès, se terminaient par un cri aigu auquel succédait immédiatement le retour des convulsions. L'accès durait ainsi de vingt-cinq minutes à deux heures. La malade guérit par l'application d'un large vésicatoire au creux épigastrique.

Briquet a vu une jeune fille qui battait la mesure avec son bras droit en tenant toujours l'index tendu; c'était une élève musicienne[2].

M. Bernutz raconte brièvement, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* l'histoire d'une demoiselle qui fut affectée pendant plusieurs années d'un spasme malléatoire des plus singuliers. Avec la régularité d'un pendule, toutes les secondes (hors les heures de sommeil), son pied venait, avec

[1] Itard, *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix* (*Arch. gén. de méd.,* 1825).

[2] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie,* Paris, 1859, p. 431.

un bruit très fort, frapper son front qu'il avait fallu garnir de linges pour éviter les contusions. Après avoir été soignée inutilement par les praticiens les plus distingués de la capitale, cette demoiselle guérit subitement en entendant une messe, à la fin d'une neuvaine, dans l'église des Lazaristes [1].

Les *spasmes oscillatoires* ou *pendulaires* sont des convulsions rythmées dans lesquelles le tronc ou les membres sont alternativement portés dans des directions opposées par des mouvements pendulaires régulièrement cadencés, comme cela avait lieu chez une jeune femme hystérique, dont M. Cantani a recueilli l'observation, et qui, tous les soirs, invariablement, quand les cloches de l'église sonnaient l'angélus, se balançait sur sa chaise, d'avant en arrière, sans pouvoir s'arrêter, pendant une heure [2].

Il serait facile, Messieurs, de multiplier pour ainsi dire à l'infini le nombre des variétés de spasmes rythmiques systématisés, car tous les mouvements volontaires imaginables sont susceptibles de se reproduire involontairement sous la forme de convulsions rythmées. Mais il n'y a aucun intérêt à étudier minutieusement les détails de la forme et de la distribution des secousses pour en faire la base d'innombrables subdivisions : l'important, c'est de reconnaître la nature de l'affection convulsive; le reste est sans utilité pratique.

IV

Deux affections seulement pourraient être confondues avec les spasmes rythmiques systématisés d'origine hystérique : ce sont la chorée vulgaire et le paramyoclonus multiplex.

La chorée vulgaire donne lieu à des secousses convulsives disséminées sur différents muscles des membres, du tronc, du visage et par suite à des contorsions bizarres, grotesques, qui rappellent dans une certaine mesure celles que provoquent les spasmes hystériques systématisés.

Mais dans la chorée les secousses sont inégales, irrégulières, variables d'un instant à l'autre, tandis que dans les spasmes rythmiques elles affectent systématiquement certains muscles à

[1] Barnutz, article *Hystérie* du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XVIII, p. 256.

[2] Cité par E. Galvagni : *Sui spasmi ritmici localizatti*. Bologne, 1880, p. 61.

l'exclusion des autres, se répètent uniformément avec une cadence régulière et déterminent par conséquent la reproduction monotone des mêmes grimaces, des mêmes attitudes, des mêmes gestes. Cela seul suffirait pour distinguer nettement les deux affections qui sont, du reste, séparées par des différences de nature et d'évolution sur lesquelles il est inutile d'insister.

Le paramyoclonus multiplex ressemble davantage aux spasmes systématisés d'origine hystérique. C'est une affection convulsive qui a été décrite pour la première fois, en 1881, par M. Friedreich [1] et qui a fait l'objet, en 1886, d'un intéressant travail de M. Marie [2]. Elle est encore fort incomplètement connue. Il n'en a été publié jusqu'à présent qu'une quarantaine d'observations [3]. Elle est essentiellement caractérisée par des secousses musculaires brusques, soudaines, siégeant principalement dans les muscles des membres, mais pouvant s'étendre également à ceux du tronc et du visage. Ces secousses sont habituellement symétriques et synchrones dans les deux côtés du corps, mais quelquefois elles se montrent irrégulièrement, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, tantôt dans un segment de membre, tantôt dans un autre. Elles se répètent à des intervalles rapprochés : on en compte de 5 à 180 par minute. La rapidité de leur rythme est souvent influencée par la position du corps, par les émotions morales, par les excitations sensitives. Elles diminuent en général de fréquence et de violence pendant l'exécution des mouvements volontaires, et cessent tout à fait durant le sommeil. Cependant ce n'est pas là un caractère constant; on a même cité des cas où les spasmes étaient plus forts quand les malades étaient sur le point de s'endormir (Friedreich, Homen), ou quand ils étaient profondément endormis (Venturi).

Les muscles qui sont le siège des convulsions gardent leur

[1] Friedreich, *Virchow's Archiv*, Bd 86, 1881, p. 421.

[2] P. Marie, *Paramyoclonus multiplex* (*Progrès médical*, 1886, p. 153 et 241).

[3] Ces observations sont dues à MM. Friedreich, Lowenfeld, Remack, Silvestrini, H. Bennett, Testi, Marie, Seeligmuller, Homen, Schultze, Kovalewski, Venturi, Lembo, Popoff, Althaus, Bechterew, Spitza, Starr, Rubino, Feletti, Kny, Faldella, Marina, Brignone, Moretti, Manquat et Grasset, Francotte, Lemoine et Lemaire, Vanlair, etc.

Les travaux les plus importants publiés dans ces dernières années sur ce sujet sont les mémoires de MM. Ziehen (*Ueber Myoclonus und Myoclonie*, in *Arch. f. Psych. und Nervenkrank.*, Bd XIX, p. 465), Vanlair (*Des myoclonies rythmiques*, in *Rev. de méd.*, janv. et fév. 1889), Lemoine et Lemaire (*Étude clin. et séméiol. sur le paramyoclonus multiplex*, in *Rev. de méd.*, décembre 1889 et février 1890), A.-R. Marina (*Paramioclono multiplo e spasmi muscolari idiopatici*, in *Riv. sper. di freniatria*, t. XIV, p. 40), P. Faldella (*Paramyoclonus multiplex*, in *Riv. sper. di freniatria*, t. XIV, p. 194).

Il convient de signaler aussi les revues critiques très soignées de M. G. Seppilli (*Riv. sper. di fren.*, t. XIII, p. 337) et de M. Ricklin (*Gaz. méd. de Paris*, 1888).

volume normal et l'intégralité de leur force. Leur excitabilité mécanique et électrique est conservée sans modifications notables. La sensibilité cutanée ne présente aucun trouble. Les réflexes rotuliens ont été trouvés normaux ou exagérés.

La durée de l'affection est longue. La guérison est sa terminaison habituelle. Les récidives sont fréquentes.

Ses causes sont encore incomplètement connues. Elle survient le plus souvent chez des adultes de vingt à quarante ans. Des prédispositions héréditaires névropathiques ont été constatées dans un tiers des cas environ.

Parmi les causes déterminantes, on a signalé la peur (Friedreich, Remack, Homen), le refroidissement (Seeligmuller, Silvestrini), les émotions morales (Testi, etc.).

La seule autopsie pratiquée jusqu'à ce jour par M. Friedreich a donné des résultats négatifs : les muscles et les centres nerveux étaient exempts de toute altération microscopique. Le paramyoclonus multiplex est donc, selon toute vraisemblance, une affection *sine materia,* une névrose.

Mais cette névrose a-t-elle une existence propre? Est-elle nosologiquement indépendante de l'hystérie? Il est impossible de résoudre ces questions avec les documents dont on dispose aujourd'hui. Cependant il paraît d'ores et déjà fort probable que le paramyoclonus multiplex a des rapports intimes avec l'hystérie, et qu'une partie au moins des faits cliniques sur lesquels est fondée son histoire mériteraient de figurer dans le groupe des spasmes rythmiques hystériques.

VINGT-SIXIÈME LEÇON

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES *(suite)*.

(3° Spasmes respiratoires).

SOMMAIRE

I. Des spasmes expiratoires simples; description de la toux et du renâclement hystériques. Exemples.

II. Des spasmes inspiratoires simples; description du hoquet et du reniflement hystériques. Exemples.

III. Des spasmes respiratoires mixtes; description du bâillement et de l'éternûment hystériques.

IV. Des spasmes respiratoires compliqués : *a*) par la production involontaire et rythmique de bruits inarticulés : aboiement, miaulement, mugissement hystériques; *b*) par des troubles de l'articulation des mots : bégaiement hystérique; *c*) par l'émission convulsive de paroles distinctes.

MESSIEURS,

Les spasmes rythmiques respiratoires, dont nous allons nous occuper maintenant, sont si variés qu'on ne peut en aborder l'étude sans essayer d'en donner une classification au moins provisoire. Je vous propose de les diviser en trois groupes, comprenant :

1° Les *spasmes respiratoires simples,* dans lesquels les secousses convulsives surviennent exclusivement pendant l'inspiration ou pendant l'expiration;

2° Les *spasmes respiratoires mixtes,* dans lesquels les mouvements physiologiques d'inspiration et d'expiration sont tous les deux modifiés par l'intervention des convulsions;

3° Les *spasmes respiratoires compliqués,* dans lesquels les secousses convulsives intéressent à la fois les muscles de la respiration et ceux de la phonation.

Les *spasmes respiratoires simples* sont de beaucoup les plus fréquents. Ils doivent être subdivisés en deux variétés distinctes : a) les *spasmes expiratoires,* qui déterminent des phénomènes

plus ou moins analogues à la toux ou au renâclement; *b*) les *spasmes inspiratoires,* qui donnent lieu à des phénomènes ressemblant au hoquet ou au reniflement. Il convient de décrire séparément chacune de ces variétés.

I

SPASMES EXPIRATOIRES SIMPLES : TOUX ET RENÂCLEMENT HYSTÉRIQUES

Signalée en 1680 par Sydenham[1], la toux hystérique a été décrite de main de maître en 1854 par Lasègue[2]. M. Charcot lui a consacré en 1886 une de ses leçons cliniques[3], et la plupart des auteurs classiques en font mention dans les chapitres consacrés à la séméiologie de la toux ou à la description de l'hystérie.

La toux hystérique présente, en général, des caractères très tranchés. Elle est constituée par la répétition monotone d'efforts expiratoires plus ou moins bruyants, à timbre rauque ou éclatant. Dans quelques cas, elle se produit à toutes les expirations; dans d'autres, elle n'a lieu que toutes les trois ou quatre expirations. Elle est permanente, ou survient par accès de plusieurs heures de durée. Elle ne s'accompagne pas d'expectoration et ne coïncide avec aucune altération appréciable du parenchyme pulmonaire. Elle n'est pas quinteuse et ne détermine pas l'angoisse respiratoire, la suffocation, les menaces d'asphyxie qui s'observent si fréquemment dans la coqueluche.

Elle est habituellement d'une désespérante ténacité; aucun médicament connu ne la modifie. En revanche, elle cesse toujours pendant la nuit, et, dans un bon nombre de cas, elle est suspendue par des circonstances extérieures qui n'ont aucune influence sur la toux déterminée par des lésions organiques de l'appareil respiratoire. C'est ainsi qu'elle s'arrête quelquefois quand les malades lisent à haute voix, ou bien quand ils fixent leur attention sur quelque chose, ou bien encore quand ils s'étendent horizontalement sur un lit ou sur une chaise longue.

Elle peut guérir tout à coup, sans cause connue ou à la suite d'émotions morales vives, même après avoir résisté longtemps

[1] Sydenham, *Lettre sur l'affection hystérique,* in *Œuvres de médecine pratique.* Trad. par Jault. Montpellier, 1816, t. II, p. 70.

[2] Lasègue, *De la toux hystérique* (*Arch. gén. de méd.,* 1854), et *Études médicales du professeur Lasègue.* Paris, 1884, t. II, p. 1.

[3] Charcot, *Hystérie et tics; diagnostic* (*Semaine médicale,* 1886, p. 363).

aux interventions thérapeutiques les plus énergiques. Elle récidive facilement.

D'ordinaire, elle survient chez les adolescents de l'un ou l'autre sexe; elle est cependant plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Il est rare qu'elle fasse sa première apparition chez des sujets âgés de plus de vingt-cinq ans.

Elle peut coexister avec de grandes attaques convulsives, ou survenir brusquement après des attaques de ce genre; mais en général, ainsi que le fait observer M. Charcot, les adolescents qui sont atteints de toux hystérique n'ont pas d'attaques; il peut même arriver qu'une toux ancienne disparaisse subitement après l'explosion d'une attaque.

Vous pourrez constater la plupart de ces caractères chez la jeune personne que je vous présente :

Observation I. — *Toux hystérique.* — Marie F..., âgée de quinze ans, est la fille d'une mère franchement hystérique et d'un père doué d'une sensibilité féminine. Son enfance a été maladive; cependant, depuis quelques années, elle est devenue grande, forte, vigoureuse, si bien qu'aujourd'hui on la croirait plutôt âgée de dix-huit ans que de quinze. Elle est réglée depuis deux ans. L'an dernier, elle a souffert de maux d'estomac pour lesquels on lui a conseillé un traitement hydrothérapique qui a très bien réussi.

Il y a deux mois, elle eut un gros chagrin : elle apprit qu'un jeune homme sur lequel elle croyait pouvoir compter était fiancé à une de ses amies. Dès le lendemain, elle commença à tousser, comme elle le fait encore aujourd'hui. Les jours suivants, elle eut des attaques convulsives qu'on pouvait arrêter par la compression énergique de la région épigastrique, puis des accès de rire durant une ou deux heures consécutives.

Contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, la toux persista malgré l'apparition des attaques.

Cette toux est remarquable par la régularité et la nature de son rythme. Elle se compose de trois efforts expiratoires bruyants se succédant coup sur coup et suivis d'une longue pause inspiratoire; jamais il n'y a ni plus ni moins de trois efforts expiratoires successifs, et toujours ces trois efforts précèdent un temps de repos assez long correspondant à l'inspiration.

La toux cesse complètement pendant la nuit; elle recommence invariablement de un quart d'heure à une heure après le lever, et persiste toute la journée. La pression de l'épigastre, des régions ovariennes, de la colonne vertébrale, ne la modifie pas. Mais elle s'arrête si on oblige la malade à respirer la bouche largement ouverte, ou bien encore si, la bouche étant ouverte ou fermée, on exerce une compression légère sur la base de la langue avec le manche d'une cuillère.

Il n'y a pas d'expectoration, et l'exploration physique de la poitrine ne révèle rien d'anormal dans l'appareil cardio-pulmonaire.

La sensibilité de la peau et des muqueuses est normale. Le champ visuel n'a pas été mesuré.

Il peut être quelquefois malaisé de faire le diagnostic de la toux hystérique; mais, dans le cas actuel, tout concourt à l'imposer. Alors même que les circonstances dans lesquelles s'est développée la toux et les symptômes coexistant avec elle ne suffiraient pas pour en faire reconnaître la nature, son rythme monotone et régulier, sa disparition complète pendant la nuit, ses arrêts provoqués par l'ouverture de la bouche ou la compression de la base de la langue, devraient faire rejeter l'hypothèse d'un accident tenant à une lésion organique de l'appareil respiratoire. Soyez assurés que notre petite malade guérira [1] complètement un jour ou l'autre, et qu'il ne restera aucune trace des symptômes existant actuellement, car il est certain que ces symptômes sont d'origine hystérique [2].

Le *renâclement* est une variété de la toux; aussi le renâclement hystérique présente-t-il les mêmes caractères cliniques que la toux hystérique. En voici un exemple très démonstratif:

Obs. II. — *Renâclement hystérique.* — Alice L..., âgée de vingt-deux ans, est atteinte depuis sept mois d'un spasme rythmique expiratoire qui l'oblige à faire régulièrement toutes les trois ou quatre secondes un effort de renâclement accompagné d'un bruit rauque, sourd, guttural, analogue à celui qui se produit quand on cherche à expulser volontairement des mucosités pharyngiennes. Ce renâclement cesse complètement pendant le sommeil; il s'arrête quelquefois, mais non pas toujours, quand la malade s'étend horizontalement sur un lit pendant toute la journée; il cesse également pendant le chant et la récitation à haute voix, ou plutôt il ne se produit plus, dans ces conditions, qu'à la fin des phrases, quand la malade veut reprendre haleine. Il s'exagère habituellement pendant les heures qui suivent les repas.

Alice L... n'a jamais eu d'attaques convulsives, mais elle présente quelques stigmates hystériques : elle est hémi-hypoesthésique gauche, et a un

[1] Après avoir persisté pendant cinq mois sans qu'aucun traitement ait réussi à la modifier, la toux, qui incommodait la malade et effrayait sa famille, a disparu en quelques jours. La guérison ne s'est pas démentie depuis.

[2] La toux hystérique est plus commune chez les jeunes filles que chez les jeunes garçons; cependant elle peut s'observer dans les deux sexes. On en trouvera une bonne observation dans la thèse de doctorat de M. Émile Bitot : *L'hystérie mâle dans le service de M. le prof. Pitres à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.* Th. doct., Bordeaux, 1890 obs. XX, p. 122.

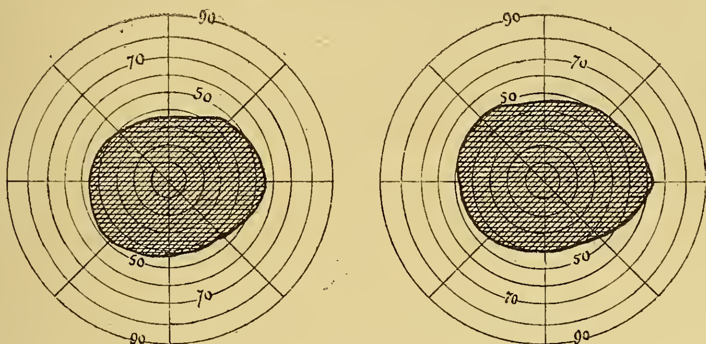
rétrécissement concentrique notable *(fig. 42)* des deux champs visuels. Les muqueuses pharyngienne et laryngienne sont tout à fait normales : elles ne sont ni rouges, ni granuleuses, ni épaissies.

Les antécédents héréditaires d'Alice L... ne sont pas mauvais : sa mère jouit d'une excellente santé; son père est un homme doux, anxieux, se préoccupant outre mesure de sa propre santé et de celle de ses enfants.

Il est à noter qu'il a eu jadis des granulations pharyngiennes provoquées par l'abus du tabac, et que, par suite de cette affection, il a été tourmenté longtemps par un renâclement ayant à peu près le même timbre dont est atteinte sa fille.

Celle-ci a joui pendant son enfance d'une assez bonne santé. Depuis l'âge de dix ans, elle est sujette à de fortes migraines et à des névralgies erratiques. Les accidents actuels ont débuté il y a neuf mois.

Fig. 42. — Rétrécissement concentrique des champs visuels d'Alice L...



En sortant d'une maison où elle avait passé la soirée, Alice L... fut saisie par le froid. Elle commença alors à avoir des quintes de toux violente qui se reproduisirent plusieurs fois chaque jour pendant deux mois consécutifs. Puis, sans cause connue, la toux disparut et fut remplacée par le renâclement persistant que nous venons de constater, car depuis son début aucun traitement n'a pu le modifier.

Dans ce cas, comme dans le précédent, le diagnostic s'impose non seulement parce que l'examen de la malade révèle l'existence de stigmates sensitivo-sensoriels non douteux (hémi-hypoesthésie et rétrécissement concentrique des champs visuels), mais aussi parce que le renâclement présente des caractères pour ainsi dire spécifiques : il se produit avec une cadence uniforme et invariable dans la position verticale; il s'arrête dans le décubitus horizontal; il cesse pendant le chant ou la lecture à haute voix; il disparaît totalement durant le sommeil. Ces particularités suffisaient à elles

seules pour établir la nature de l'accident qui nous occupe; elles permettent d'affirmer que cet accident ne tient pas à une affection organique du larynx ou du pharynx; qu'il est d'origine purement névropathique et qu'il guérira sans laisser de traces[1].

II

SPASMES INSPIRATOIRES SIMPLES : HOQUET ET RENIFLEMENT HYSTÉRIQUES

Le hoquet et le reniflement hystériques surviennent dans les mêmes circonstances que la toux et le renâclement. Ce sont des syndromes convulsifs rythmiques appartenant surtout, mais pas exclusivement, à l'hystérie infantile. Ils se développent en général brusquement, à l'occasion d'émotions morales ou sans causes apparentes[2], chez des adolescents de l'un ou l'autre sexe prédisposés à l'hystérie par leurs antécédents héréditaires ou personnels et présentant ordinairement quelques stigmates hystériques, mais n'étant pas sujets, dans la majorité des cas du moins, à de grandes attaques convulsives.

Les deux exemples que je vais faire passer sous vos yeux vous donneront, je l'espère, une idée très précise de ces singuliers accidents :

Obs. III. — *Hoquet hystérique.* — Victorine P..., blanchisseuse, âgée de dix-huit ans, est entrée à l'hôpital pour un hoquet incoercible de nature hystérique.

L'histoire de cette malade est assez compliquée, mais je crois néanmoins devoir vous en rappeler les principaux détails.

Ses antécédents héréditaires sont mauvais : son père est alcoolique; sa mère est d'un caractère violent, emporté; la moindre contrariété lui donne des colères terribles et des accès de sanglots.

Dès son bas âge, Victorine a été sujette à des attaques syncopales avec contracture des mâchoires. Ces attaques, qui survenaient à la suite de chagrins ou de réprimandes, étaient de courte durée. Deux fois cependant (à six ans et à dix ans), elles se prolongèrent pendant une heure environ. La menstruation s'est établie sans accidents à quatorze ans, et depuis cette époque elle a toujours été régulière.

[1] La malade a quitté Bordeaux quinze jours après que cette leçon a été faite, sans que son état se soit amélioré. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis son départ.

[2] Le hoquet hystérique peut se développer aussi à la suite de traumatismes. M. Lathould a vu se produire un hoquet persistant chez une jeune fille du service de M. Polaillon, après l'ablation d'une exostose sous-unguéale. (*Contrib. à l'étude des spasmes traumatiques.* Th. doct., Paris, 1880, p. 27.)

Vers le milieu de 1885, Victorine P... se fiança avec un jeune homme qu'elle aimait beaucoup. Le 12 septembre elle eut avec lui une querelle suivie de rupture. Elle fut très peinée de cet événement, mais elle chercha et réussit à cacher son chagrin.

Le 15 septembre, une heure après son déjeuner, elle fut prise d'un hoquet violent qui dura sans interruption pendant une semaine. Il était si intense que la malade ne pouvait se livrer à aucun travail et qu'il lui était impossible de s'endormir. Après huit jours de souffrances, ses parents firent appeler un médecin. Celui-ci ordonna une potion contenant du sirop d'éther et du bromure de potassium. Le hoquet disparut, et Victorine reprit sa vie habituelle.

Quelques semaines après (12 octobre), elle eut ses règles. Dès le début de l'époque menstruelle, le hoquet reparut et, malgré l'emploi de la potion qui avait été précédemment si efficace, il persista pendant les quatre jours que dura le flux cataménial.

Le mois suivant, il survint encore en même temps que les règles (9 novembre). Mais cette fois il ne disparut pas avec elles : la malade n'en fut débarrassée qu'à la fin du mois, après des pulvérisations d'éther sur le creux épigastrique. Il était du reste moins violent qu'au mois de septembre; il s'atténuait notablement à certaines heures de la journée, et il cessait complètement pendant la nuit.

Le 8 décembre, troisième rechute, traitée avec succès par les pulvérisations d'éther.

Le 10 janvier 1886, toujours au moment de l'apparition des règles, quatrième retour offensif de la maladie.

Cette fois, on employa sans succès les potions antispasmodiques, les pulvérisations d'éther, les cautérisations ponctuées sur la région épigastrique, etc.; le hoquet persista en dépit de toutes les tentatives dirigées contre lui.

C'est alors que Victorine P... entra pour la première fois dans notre service, où elle fut traitée pendant cinq mois par l'hydrothérapie, l'électrisation statique, la faradisation de l'épigastre, etc. Quand elle nous quitta, en juillet 1886, elle était tellement améliorée qu'elle put rentrer tout de suite dans son atelier et y travailler jusqu'à ces derniers jours où, à la suite d'une querelle avec sa mère, le hoquet est redevenu assez fort pour constituer une incommodité sérieuse. En même temps, elle a eu quelques attaques convulsives légères qui n'ont modifié en rien le spasme rythmique inspiratoire dont elle souffre plus ou moins depuis dix-huit mois.

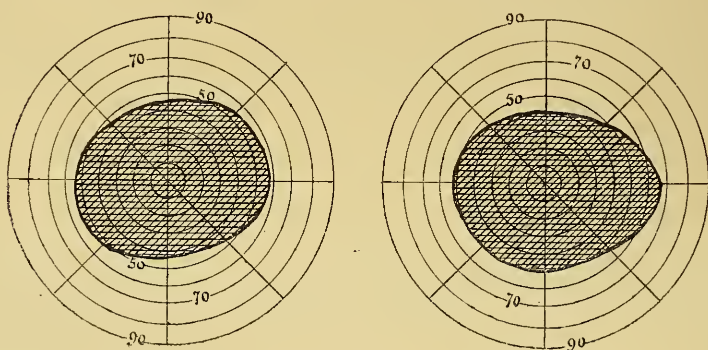
Je vous dirai tout de suite, pour n'avoir plus à y revenir, que Victorine P... appartient au groupe des hystériques dont les stigmates sensitivo-sensoriels sont réduits à leur plus simple expression. Sa peau est partout normalement sensible. Sur ses muqueuses, on ne trouve nulle part d'anesthésie complète; il existe seulement un peu d'hypoesthésie de la paroi postérieure du pharynx, et de diminution des réflexes succédant à l'excitation de l'arrière-gorge.

Les perceptions sensorielles sont normales; toutefois, l'exploration campi-

métrique des yeux révèle un rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels *(fig. 43)*.

Étudions maintenant les caractères du hoquet de notre malade. Ce hoquet n'est pas continu. Il survient sous forme d'accès, succédant habituellement à l'ingestion des aliments et durant de deux à quatre heures, suivant la quantité de substance ingérée. Il cesse complètement pendant la nuit. Au réveil, la malade n'éprouve aucun malaise : elle se lève, s'habille, fait son lit sans ressentir le moindre spasme du diaphragme. L'heure du déjeuner arrive; elle boit une tasse de lait, et aussitôt après elle commence à ressentir une pesanteur douloureuse à l'épigastre et à être incommodée par les secousses convulsives du hoquet. Ce premier accès dure deux heures environ. Quand il est terminé, l'heure du repas suivant approche; Victorine mange avec appétit, mais elle en est punie par un deuxième accès de hoquet, qui persiste pendant quatre heures.

FIG. 43. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Victorine P...



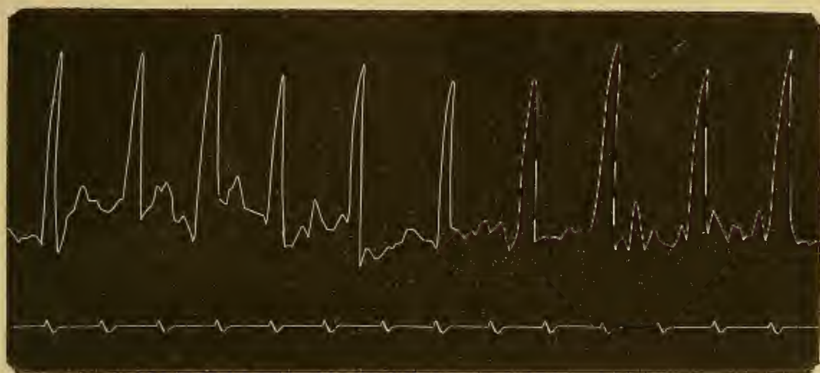
Un troisième accès, d'une durée à peu près égale à celle du deuxième, survient invariablement après le dîner, de telle sorte que sur les vingt-quatre heures de la journée, la malade en passe dix à dormir et dix à souffrir du hoquet.

Les accès débutent en général quelques minutes seulement après la fin des repas. Ils s'annoncent par une sensation de pesanteur épigastrique accompagnée d'envies de vomir, mais jamais il n'y a de nausées véritables ni de vomissements. Puis, tout à coup, la secousse brusque des muscles inspiratoires qui caractérise le phénomène du hoquet se produit. A partir de ce moment, toutes les inspirations ont lieu convulsivement *(fig. 44)* et s'accompagnent du bruit particulier qui se fait entendre dans tous les cas de hoquet un peu violent. Le ventre est alors ballonné, sonore à la percussion, manifestement distendu par des gaz. La malade est abattue, fatiguée, incapable d'aucun travail physique et d'aucune application intellectuelle.

Les changements de position du corps, la marche, la faradisation épigastrique, la compression des différentes régions de la paroi abdominale ou de la colonne vertébrale ne modifient pas le rythme monotone et régulier du hoquet.

Le lavage de l'estomac, pratiqué avant l'ingestion des aliments, a paru atténuer pendant quelques jours la durée des accès; mais ces avantages, d'ailleurs assez incertains, ont été de courte durée, et nous dûmes renoncer à l'usage de ce moyen. La seule manœuvre qui exerce une influence notable sur le spasme inspiratoire, c'est la compression énergique du cou au-dessus de la clavicule, le long du trajet des pneumogastriques. Si on y a recours au début des accès, ou bien elle arrête définitivement leur évolution, ou bien elle les suspend seulement pendant quelques instants.

Fig. 44. — Inscription des mouvements des muscles du cou de Victorine P... pendant les accès de hoquet.



Le chronographe bat la seconde.
Les secousses convulsives se reproduisent rythmiquement au nombre de 42 environ par minute.

Quand l'accès est sur le point de se terminer, le tympanisme abdominal diminue, les secousses inspiratoires deviennent progressivement moins violentes, et bientôt tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que l'ingestion de nouveaux aliments vienne déterminer un nouvel accès.

Il serait difficile de rencontrer un cas plus net de hoquet hystérique, et je ne pense pas qu'il puisse venir à l'esprit de personne de contester la légitimité de ce diagnostic.

Voici maintenant un exemple très remarquable d'une autre forme de spasme rythmique inspiratoire, le reniflement hystérique.

Obs. IV. — *Reniflement hystérique.* — Louise G..., âgée de dix-huit ans, élève à l'école normale, est une jeune fille fort intelligente, mais d'une impressionnabilité excessive.

Sa mère jouit d'une bonne santé, mais son grand-père paternel était sujet à des attaques de nerfs dont il est difficile de déterminer la nature, et son père, très irascible, est atteint de migraines fréquentes.

Elle a eu dans son enfance toutes sortes de maladies : engorgement ganglionnaire, otite, conjonctivite, rougeole, fièvre typhoïde, etc.

Vers l'âge de trois ans, elle eut des convulsions qui déterminèrent un strabisme interne persistant de l'œil droit.

Les règles s'établirent sans accidents à quatorze ans, et depuis lors la menstruation a toujours été régulière. De quatorze à seize ans, Louise G... a eu très fréquemment des accès de vomissements survenant sans cause comme sans douleurs gastralgiques ni céphalalgie, durant un ou deux jours, et disparaissant soudainement sans laisser après eux aucun trouble des fonctions digestives.

Elle était d'un caractère doux, craintif, sensible et d'une émotivité peu commune.

Les moindres réprimandes la mettaient en émoi; les plus légers reproches lui arrachaient des sanglots; un bruit imprévu la faisait tressaillir et la rendait toute tremblante. Elle s'occupait du reste avec ardeur de ses études et passait pour être une des meilleures élèves de l'école normale, où elle préparait ses examens d'institutrice.

Le 15 juillet 1885, la directrice de l'école lui déclara qu'elle se présenterait à la session d'août. Louise G..., qui comptait concourir seulement l'année suivante, fut très émue en apprenant les projets de sa maîtresse. Elle n'osa pas répliquer, mais elle devint fort pâle et faillit perdre connaissance.

Le lendemain, elle fut toute la journée triste, inquiète, préoccupée, et pendant le dîner elle fut prise tout à coup d'une attaque de sanglots qui dura dix minutes. Le jour suivant, à la même heure, elle eut une attaque analogue. Dans la nuit du 14 au 15 juillet, son sommeil fut interrompu par des cauchemars pénibles, et le lendemain matin, en se réveillant, elle fut toute surprise de ne pouvoir respirer que par le nez, en produisant un bruit désagréable et régulièrement rythmé de reniflement.

Après avoir persisté pendant quinze jours, le reniflement disparut si bien que, dans les premiers jours d'août, la malade se croyait radicalement guérie de cette incommodité. Elle se sentait cependant plus nerveuse que de coutume; elle avait souvent des accès de pleurs sans motifs sérieux, des angoisses inexplicables, des faiblesses subites et transitoires dans les membres, des douleurs vagues, etc. Les vacances se passèrent cependant sans accidents graves. Mais vers le 15 novembre, à la suite d'une contrariété insignifiante, le reniflement reparut, et depuis ce moment, c'est à dire depuis six mois, ses caractères n'ont pas varié.

Ce reniflement se produit au début des inspirations. Il est causé par une secousse brusque, convulsive, des muscles inspirateurs. Au moment où il a lieu, la bouche se ferme, les narines se rapprochent, la tête fait un petit mouvement de projection en haut et en avant, les épaules s'élèvent, la poitrine se dilate, et tout l'air inspiré passe par les fosses nasales, en déterminant un bruit spécial qu'il est facile d'imiter en aspirant vivement une certaine quantité d'air par les narines. L'expiration ne présente rien d'anormal. Le spasme se reproduit d'ordinaire de huit à dix fois par minute, mais sa fréquence est très variable, car elle subit de notables modifications en plus ou en moins, sous l'influence de circonstances incidentes assez nombreuses.

C'est ainsi que lorsque la malade lit mentalement, lorsqu'elle fixe son attention sur un travail manuel ou intellectuel, lorsqu'elle est distraite par une conversation agréable, le spasme devient à la fois moins fort et moins fréquent. Il devient, au contraire, plus rapide et plus bruyant quand la malade est triste, quand elle se sent observée, quand elle est émue ou contrariée, etc. Enfin, il cesse complètement pendant le sommeil, le bain, les repas, la lecture à haute voix.

Nous n'avons pas trouvé de zones périphériques dont l'excitation ait sur lui une action suspensive manifeste. Il n'existe aucun stigmate sensitivo-sensoriel. Pas d'attaques convulsives.

Cette observation est intéressante à divers points de vue. Elle nous montre une hystérique sans symptômes sensitivo-sensoriels et sans attaques convulsives, atteinte, à la suite d'une émotion morale, d'un spasme inspiratoire tout à fait caractéristique. Si les antécédents héréditaires et personnels de la malade ne fournissaient pas des preuves certaines de l'existence de tares névropathiques, on serait peut-être fort embarrassé pour rattacher le reniflement rythmique à sa véritable cause, car l'hystérie ne s'affirme ici par aucun de ses stigmates permanents habituels. Retenez cette particularité, qui n'est pas aussi exceptionnelle que l'on pourrait le croire dans l'histoire des spasmes hystériques et, d'une façon plus générale, dans l'histoire des accidents locaux de l'hystérie.

III

SPASMES RESPIRATOIRES MIXTES : BÂILLEMENT ET ÉTERNÛMENT HYSTÉRIQUES

Les spasmes respiratoires mixtes sont ceux qui intéressent à la fois les muscles inspirateurs et expirateurs. Ils donnent habituellement lieu au bâillement ou à l'éternûment, c'est-à-dire à des phénomènes dont le mécanisme physiologique est plus complexe que ne l'est celui de la toux ou du hoquet.

Le *bâillement* hystérique est rare, ou plutôt il est rare que le bâillement soit assez violent et se répète à des intervalles assez rapprochés pour constituer un véritable accident morbide. Cela arrive pourtant quelquefois, ainsi que le prouve une curieuse observation présentée en 1846 à la Société de médecine pratique de Paris, et dont voici le résumé :

Une bonne d'enfant, âgée de dix-huit ans, non encore réglée, fut prise, le 26 mai 1846, à onze heures du soir, d'un besoin irrésistible de bâiller

qui persista pendant deux heures. La nuit fut calme, mais le lendemain les bâillemements reparurent de sept à dix heures du matin, de deux à sept heures de l'après-midi et de onze heures du soir à deux heures du matin.

A partir du troisième jour, les bâillements devinrent pour ainsi dire continuels, ne s'arrêtant que pendant le sommeil et pendant les repas. Le 3 septembre, plus de trois mois après le début de la maladie, ils persistaient encore avec la même fréquence. Dans le cours de ces douze semaines, ils avaient cessé une première fois du 14 au 21 juin, à la suite de l'apparition des règles, et une seconde fois, quelques jours plus tard, à la suite de l'ingestion d'un verre d'eau glacée. Dans les derniers temps, la malade eut de grandes attaques hystériques qui se reproduisirent jusqu'à quatre fois par jour, mais les bâillements n'en furent pas modifiés; ils revenaient aussitôt après les convulsions. Tous les moyens employés par le médecin traitant (fer, valériane, assa fœtida, éther, musc, bains froids, etc.) avaient échoué. Il est probable que la malade guérit plus tard, mais on ne sait quand ni comment [1].

M. Charcot a montré à l'une de ses leçons du mardi une jeune fille de dix-sept ans, atteinte depuis cinq mois d'un bâillement hystérique incessant ou, pour parler plus exactement, ne s'arrêtant que pendant le sommeil. Du matin au soir cette malade bâillait environ 8 fois par minute, soit 480 fois par heure et 7,200 fois par journée de veille de quinze heures [2].

L'*éternûment* est, comme le bâillement, un phénomène presque physiologique, mais susceptible de devenir un symptôme névropathique des plus incommodes quand il se répète coup sur coup un grand nombre de fois. Brodie [3], Romberg [4], MM. Féré [5], Souza-Leite [6], Sidney Ringer [7] en ont rapporté des exemples.

J'ai donné jadis des soins à une dame, fille et sœur d'hystériques, qui n'avait jamais eu d'attaques convulsives et qui fut sujette tous les jours, pendant huit ans consécutifs, à des accès d'éternûment débutant invariablement à son réveil et durant jusqu'à une ou deux heures de l'après-midi. Ces éternûments se succédaient

[1] Cousserant, *Gazette des hôpitaux*, 1846, p. 475.

[2] Charcot, *Leçons du mardi*, 23 octobre 1888. L'observation vient d'être publiée *in extenso* dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 3, 1890.

[3] Brodie, *Leçons sur les affections nerveuses locales*. Trad. Douglas-Aigre, Paris, 1880, p. 42.

[4] Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 1851, t. II, p. 88.

[5] Féré, *Les éternûments névropathiques* (*Progrès médical*, 24 janvier 1885, p. 69).

[6] Souza-Leite, *Cas d'hystérie dans lequel les attaques sont marquées par une manifestation rare : éternûments* (*Archives de neurologie*, t. IX, 1885, p. 53).

[7] Sidney Ringer, *Remarks on paroxysmal sneezing* (*British medical Journal*, juin 1888).

sans interruption pendant les cinq ou six heures que duraient les accès. Ils disparurent tout à coup en 1883 à la suite d'un seul bain sulfureux pris à Cauterets [1].

Les éternûments hystériques surviennent en général sous forme d'accès d'une durée variable de quelques minutes à plusieurs heures. Quelquefois ils sont accompagnés, comme dans le cas que je viens de vous citer, d'une abondante sécrétion de mucus nasal; d'autres fois ils sont secs, comme dans l'observation publiée par M. Souza-Leite. Dans tous les cas, ils se répètent précipitamment, trente ou quarante fois par minute.

M. Féré signale une observation de Mosler, dans laquelle on aurait pu compter jusqu'à 50,000 éternûments en trois jours.

Le *rire hystérique* représente une forme des spasmes rythmiques respiratoires mixtes. Il est très commun. Il se produit habituellement par accès, soit avant les attaques convulsives, soit dans leurs intervalles. Je ne fais que le signaler ici, parce qu'il a été fort bien décrit par les auteurs et que je n'ai rien à ajouter à ce qu'ils en ont dit. Vous en trouverez quelques exemples très remarquables dans le livre de Briquet [2].

IV

SPASMES RESPIRATOIRES COMPLIQUÉS

Les spasmes respiratoires compliqués sont ceux qui, intéressant à la fois les muscles de la respiration et ceux de la phonation, forcent les malades à produire rythmiquement et malgré leur volonté des bruits inarticulés, ou à répéter certaines syllabes, ou enfin à prononcer convulsivement des paroles distinctes. Chacune de ces variétés mérite de fixer quelques instants notre attention.

a) *Des spasmes respiratoires compliqués par la production involontaire et rythmique de bruits inarticulés.*

Les bruits qui peuvent accompagner les spasmes rythmiques respiratoires sont très variés. On les a comparés dans certains cas, et non sans raison, aux aboiements des chiens, aux miaule-

[1] Cinq mois après, la malade eut un accès de lypémanie aiguë dans le cours duquel elle succomba.

[2] Briquet, *Traité de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 322.

ments des chats, aux mugissements des taureaux, aux hurlements des fauves, aux bêlements des moutons, aux roucoulements des tourterelles, aux gloussements des dindons, etc.[1].

Leur étrangeté, leur ressemblance non douteuse avec les cris des animaux précités, leur répétition monotone et involontaire pendant des laps de temps relativement fort prolongés, leur apparition éventuelle sous la forme d'épidémies, ont largement contribué à répandre dans les populations superstitieuses la croyance à la possession démoniaque et aux loups-garous.

On rencontre des exemples de ces spasmes rythmiques dans les livres les plus reculés. Sans remonter jusqu'à l'histoire des trois filles de Pétrus, roi d'Argos, qui, croyant être transformées en vaches, quittèrent leur demeure et se répandirent dans les bois en poussant de longs mugissements, on en trouve des observations précises dans les narrations des grandes épidémies hystériques du moyen âge. Les moinesses de Cambrai, au XV[e] siècle, imitaient les miaulements des chats; les nonains d'Allemagne et les possédées de la commune d'Amou, près de Dax, en 1613, aboyaient, au dire

[1] Certains spasmes rythmiques du diaphragme s'accompagnent d'un bruit de clapotement gastro-intestinal assez intense pour être perçu à distance. M. Gaetano Bruni en a rapporté deux bonnes observations (*Spasmo ritmico del diaframma; osservazion cliniche.* Modena, 1886) dont voici le résumé :

Observation I. — Femme, vingt-neuf ans, sujette depuis plus d'un an à des douleurs gastralgiques internes et à un spasme rythmique du diaphragme caractérisé par des secousses brusques survenant de 115 à 125 fois par minute, aussi bien dans l'inspiration que dans l'expiration. Chaque secousse était accompagnée d'un bruit de clapotement hydro-aérien. Ce spasme était arrêté par la compression d'un point très limité dans la fosse sus-claviculaire gauche, par le passage d'un courant électrique le long du trajet du phrénique. Il cessait complètement pendant le sommeil naturel ou le sommeil hypnotique. Hyperesthésie cutanée du côté gauche de l'abdomen. Légère dilatation de l'estomac; catarrhe utérin, intégrité des autres organes. La guérison fut obtenue par le lavage de l'estomac et la compression prolongée du point frénateur de la fosse sus-claviculaire gauche.

Obs. II. — Jeune fille de dix-sept ans, atteinte de troubles nerveux variés : gastralgies, névralgie de la face, etc., et d'un spasme rythmique du diaphragme. La respiration était saccadée, précipitée (100 par minute); chaque secousse convulsive était accompagnée d'un bruit de clapotement perceptible à distance. Le bruit coïncidant avec l'inspiration était plus fort et plus bref, le bruit expiratoire plus sourd et plus prolongé. Ce spasme cessait complètement pendant le sommeil. On pouvait l'arrêter en pressant fortement l'abdomen avec les deux mains. La chloroformisation rendait à la respiration son amplitude normale en supprimant les secousses spasmodiques. Pour guérir ce spasme, l'auteur immobilisa la région diaphragmatique à l'aide d'une bande élastique recouverte d'un appareil silicaté. Le succès fut complet.

Briquet paraît avoir observé au moins un cas analogue. Une de ses malades avait « un mouvement vermiculaire des muscles du côté gauche de la poitrine qui, d'abord lent, prenait peu à peu de la rapidité, s'étendait au ventre et amenait une oscillation de cette cavité qui faisait gargouiller les liquides contenus dans les intestins, comme le ferait un liquide qu'on agiterait dans un vase ». (Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859, p. 431.)

de Pierre de Lancre, « *comme font les chiens lorsque la lune est dans son plein*[1]. »

En réalité, ces accidents d'apparence extraordinaire sont des manifestations vulgaires de l'hystérie. Ils surviennent d'ordinaire sous l'influence des mêmes causes, et ils comportent le même pronostic que les autres spasmes rythmiques hystériques. Plus on les étudie, plus on arrive à reconnaître non seulement qu'il n'y a rien de merveilleux dans leur genèse, mais encore qu'ils obéissent avec une remarquable régularité aux lois générales présidant au développement de la plupart des épisodes symptomatiques de la grande névrose.

Pour vous convaincre de cette vérité, je me contenterai de rappeler les détails de l'observation d'une jeune fille qui a été traitée l'an dernier, dans le service, pour un mugissement hystérique.

Obs. V. — *Mugissement hystérique.* — Alice Br..., âgée de vingt-cinq ans, appartient à une famille fort honorable, jouissant naguère d'une large aisance, et que des malheurs immérités ont plongée tout récemment dans l'infortune.

Son père et sa mère sont d'un caractère doux; leur santé est excellente. Une de ses tantes maternelles a, depuis l'âge de trente-huit ans, une affection nerveuse caractérisée par des attaques d'aboiement survenant à des intervalles irréguliers, le plus souvent à la suite de contrariétés ou d'émotions morales. Alice a fait son éducation dans sa famille avec des professeurs particuliers. Son enfance n'a pas été maladive. A dix ans elle a eu cependant une fièvre typhoïde grave dont la convalescence a été fort longue. A vingt-deux ans, elle a été traitée pendant quelques mois pour de l'anémie. C'est à cette époque que, par suite de pertes d'argent, la situation de la famille est devenue tout à fait précaire, à tel point que, pour assurer son existence, elle a dû solliciter un emploi dans l'administration des postes.

Sur ces entrefaites, son frère, qu'elle aimait beaucoup et qui était alors âgé de dix-huit ans, commença à présenter les symptômes alarmants d'une maladie de poitrine. Elle en fut désespérée, et le chagrin venant s'ajouter aux préoccupations matérielles, elle devint aussi triste et morose qu'elle avait été autrefois gaie et expansive.

Le 13 juillet 1884, Alice Br... dînait à la campagne, chez ses parents, lorsque, sans que personne s'y attendît, on tira dans le voisinage un coup de canon pour annoncer la fête du lendemain.

Épouvantée par ce bruit imprévu, elle poussa un cri, et aussitôt après elle commença à pousser involontairement à chaque inspiration une sorte de mugissement qui se prolongea depuis six heures du soir jusqu'à cinq heures du matin. A partir de ce moment, sous l'influence des causes

[1] Voyez Calmeil, *De la folie*, etc., 1845, t. I, p. 503, et Briquet, *Traité de l'hystérie*, p. 317.

les plus futiles, des émotions les plus légères, ce mugissement se reproduisait et durait pendant plusieurs heures consécutives; les accès étaient irréguliers et ne survenaient guère qu'une ou deux fois par semaine.

Au mois de décembre, Alice fut profondément affligée par la mort de son frère; dès lors, les accès devinrent plus fréquents, et pendant l'année 1885 il y en eut plusieurs chaque jour, malgré les traitements variés qui furent mis en usage : bromures, chloral, vésicatoires sur le creux épigastrique, pulvérisations d'éther sur l'épigastre et la colonne vertébrale, applications de drap mouillé, régime lacté, etc.

La malade entra dans notre service au mois d'octobre, où nous pûmes l'observer à loisir jusqu'au moment de sa guérison, c'est-à-dire jusqu'au mois de février 1886.

Fig. 45. — Inscription des mouvements des muscles du cou d'Alice Br... pendant les accès de mugissements.



Le chronographe bat la seconde.
Le spasme respiratoire se produit régulièrement toutes les six secondes environ.

Les accès de mugissement survenaient à toute heure du jour ou de la nuit, mais seulement quand la malade était éveillée. Ils étaient habituellement provoqués, ou bien par l'ingestion des aliments, ou bien par un souvenir triste. Quand ils éclataient la nuit, c'était d'ordinaire à la suite d'un rêve pénible ou d'un cauchemar qui avaient réveillé la malade en sursaut. Ils débutaient brusquement aussi bien quand la malade était couchée que quand elle était assise ou debout; cependant, ils n'ont jamais éclaté pendant la marche. Ils étaient caractérisés par une succession régulière et monotone de spasmes inspiratoires *(fig. 45)* accompagnés d'un bruit guttural fort et prolongé ressemblant au mugissement du taureau.

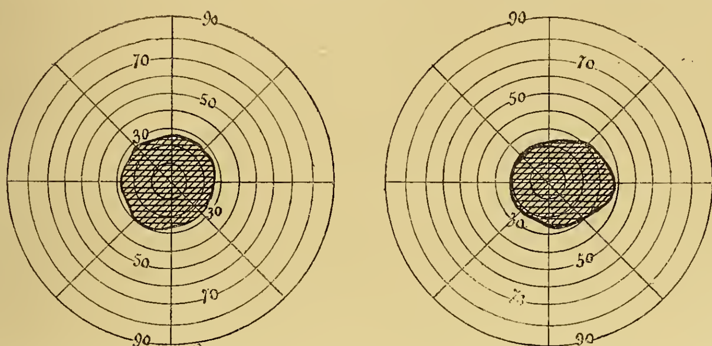
Les inspirations bruyantes duraient chacune de deux à cinq secondes; elles étaient suivies d'expirations rapides entrecoupées par des éructations qui amenaient l'expulsion de petites gorgées de gaz, d'aliments ou de liquides glaireux; jamais il n'y avait de vomissement en masse. Le creux épigastrique était pendant ce temps distendu et douloureux à la pression. Chaque accès durait de un quart d'heure à deux heures. Il se terminait

tout à coup, soit spontanément, soit par suite de l'ingestion d'un verre d'eau très froide ou de l'application sur le creux épigastrique d'une compresse trempée dans l'eau froide.

Après l'accès, la malade éprouvait une sensation de lassitude générale très marquée; elle était accablée de fatigue et ne pouvait marcher qu'après avoir pris un peu de repos. Nous avons vainement cherché à arrêter ces accès par la compression des ovaires, de l'épigastre, de la colonne vertébrale, des creux sus-claviculaires, etc.

Les changements d'attitude du corps, les distractions n'avaient sur leur durée aucune influence manifeste. La marche elle-même n'en abrégeait pas la durée, bien que, comme je vous le disais il y a un instant, elle parût empêcher leur explosion, puisque jamais aucun accès n'a débuté pendant que la malade marchait.

Fig. 46. — Rétrécissement concentrique des champs visuels d'Alice Br...



En dehors de ces accidents spasmodiques, Alice était bien portante. Son intelligence et sa mémoire étaient parfaitement conservées; sa motilité était intacte; elle n'avait jamais d'attaques convulsives; sa sensibilité cutanée était normale, et nous ne pûmes trouver chez elle d'autres stigmates de l'hystérie qu'un rétrécissement concentrique très marqué des champs visuels (*fig. 46*).

Il est à peine besoin d'ajouter que la palpation du ventre, dans les intervalles des accès, et l'exploration régulière du cœur et des poumons ne permettaient de découvrir aucune altération organique appréciable des grands viscères thoraciques ou abdominaux.

Dès le jour de son entrée à l'hôpital, la malade fut soumise à un traitement hydrothérapique régulier. En outre, on lui fit des applications de courants faradiques sur le creux épigastrique aussitôt après les repas et quelques lavages de l'estomac avant l'ingestion des aliments.

L'amélioration fut rapide, et le mugissement ne s'était pas produit depuis plusieurs semaines quand Alice quitta le service le 10 janvier 1886. Mais tout le bénéfice de nos efforts faillit être perdu par suite de deux émotions

morales qu'il n'est pas inutile de signaler. Le 4 février, la sœur de notre malade eut, pour un motif futile, un petit évanouissement. Alice, effrayée par cet incident, fut reprise sur-le-champ d'un accès de mugissement qui dura vingt minutes. La semaine suivante, elle voulut aller visiter la tombe de son frère et eut au cimetière un second accès d'une durée à peu près égale. Depuis lors, elle se porte tout à fait bien.

J'ai tenu, Messieurs, à vous donner tous les détails de cette observation, parce qu'ils me paraissent fort instructifs.

Il s'agit, dans l'espèce, d'une hystérique sans attaques convulsives et presque sans stigmates sensitivo-sensoriels, mais ayant une tante maternelle névropathe, sujette à des attaques de spasmes rythmiques respiratoires (aboiements). A la suite d'émotions morales dépressives, de chagrins de toute sorte, elle devient triste, morose, et une frayeur arrivant sur ces entrefaites détermine un premier accès de mugissement qui se reproduit ensuite pendant des mois sous l'influence des causes les plus légères.

N'est-ce pas là le fond de l'histoire de toutes les malades atteintes de spasmes rythmiques qui ont passé sous vos yeux, et ne se dégage-t-il pas clairement de la comparaison de tous ces faits cette impression générale que des lois fixes et invariables président au développement de tous les spasmes rythmiques hystériques, aussi bien des plus simples que des plus compliqués?

b) *Des spasmes respiratoires compliqués de troubles de l'articulation des mots.*

La phonation peut être intéressée de diverses façons par les spasmes respiratoires. Dans certains cas, elle est simplement gênée par des soubresauts musculaires survenant à l'improviste aussitôt que les malades veulent parler.

J'en ai vu récemment un exemple curieux chez une dame de cinquante-deux ans qui, après avoir eu dans sa jeunesse des accidents hystériques non douteux, jouissait d'une excellente santé, lorsque le hasard la fit assister à la mort subite d'une personne de sa maison; elle fut prise aussitôt d'un spasme inspiratoire tout à fait singulier. Quand elle restait silencieuse, sa respiration était régulière; mais aussitôt qu'elle se disposait à parler, ses muscles inspirateurs étaient pris de secousses convulsives qui lui coupaient la parole. Il lui était impossible de prononcer une phrase; à peine pouvait-elle dire précipitamment et à voix basse quelques mots entrecoupés et difficilement intelligibles. Ce spasme a persisté

pendant trois ans, et a fini par guérir en s'atténuant progressivement.

Dans d'autres cas, le spasme se traduit par la production d'une sorte de bégaiement obligeant les malades à répéter, malgré leur volonté, certaines syllabes. Trousseau en rapporte un exemple très net. Il s'agit d'une hystérique qui, à la suite d'une peur, fut prise de convulsions saccadées des quatre membres, accompagnées « d'une sorte de bégaiement singulier, consistant en ce qu'elle répétait avec une volubilité extraordinaire et pendant un temps assez long, sans s'arrêter, les dernières syllabes des mots qu'elle essayait de prononcer; les premières syllabes étaient émises avec peine ». Fait remarquable! lorsqu'elle chantait, ce spasme ne se produisait pas, et alors rien ne pouvait faire soupçonner une modification de la parole[1]. Nous aurons à revenir plus tard sur les caractères du bégaiement hystérique.

c) *Des spasmes respiratoires compliqués de l'émission involontaire de paroles nettement articulées.*

L'émission involontaire de paroles nettement articulées est un phénomène peu commun dans les spasmes respiratoires d'origine hystérique. Il en existe cependant quelques exemples. Dans un mémoire fort intéressant sur les convulsions rythmiques, Paget cite deux observations qui paraissent appartenir à cette catégorie de faits. La première est empruntée à Bright, et a pour objet une jeune femme de dix-huit ans qui répétait incessamment le mot : *hélas! hélas!* à des intervalles réguliers de trois secondes; cette affection s'était développée à la suite d'une émotion morale et durait depuis dix-huit mois.

La seconde appartient à Abercrombie; c'est l'histoire d'une jeune dame qui, en outre de symptômes ressemblant à ceux de la chorée, avait des paroxysmes pendant lesquels elle prononçait involontairement le mot : *échum! échum!* avec une grande rapidité. L'intelligence était intacte, et la malade n'avait sur cette affection d'autre pouvoir que celui de changer le mot lorsqu'on le lui demandait et d'y substituer tel autre mot que l'on voulait[2].

M. Galvagni a publié une observation du même genre, accompagnée de détails plus circonstanciés. Il s'agit d'une jeune fille de

[1] Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris,* 3e édit., 1868, t. II, p. 261.

[2] Paget, *Observations de mouvements rythmiques spasmodiques, suivies de quelques remarques* (*Edinburg med. and surg. Journal,* 1847). Traduit in *Archives générales de médecine,* 1847.

vingt-sept ans, fille d'hystérique et douée elle-même d'un tempérament très nerveux, qui fut prise d'une aphonie subite. Deux jours après, elle commença à prononcer avec un bruit sibilant prolongé et rauque le mot : *ba*. Au début, le spasme survenait seulement toutes les deux ou trois minutes, mais peu à peu il devint plus fréquent, jusqu'à se produire à toutes les expirations ; il cessait complètement pendant le sommeil. Cet accident singulier résista pendant dix-huit mois à tous les traitements et cessa tout à coup définitivement à la suite d'un simple toucher vaginal [1].

M. Chairou [2] parle d'une fillette de quatorze ans, parfaitement élevée, ayant eu plusieurs symptômes hystériques (paralysie des membres inférieurs, anesthésie de l'épiglotte), qui, pendant ses leçons, s'arrêtait tout à coup et répétait à plusieurs reprises le mot : *cochon! cochon! cochon!* Cette émission brusque de paroles grossières cessa en même temps que les autres accidents hystériques.

Nous avons eu naguère dans le service une malade qui, à la suite d'une violente émotion morale (l'enfant qu'elle avait mission de garder était tombé dans un puits), avait été prise d'un spasme de l'articulation des plus curieux. Quand elle voulait parler, sa voix était entrecoupée par l'émission convulsive des mots : *té voilà! té voilà!* Cela se produisait surtout au commencement des phrases et cela lui rendait la conversation très pénible. Ce spasme n'avait pas lieu pendant le chant.

[1] Ercole Galvagni, *Sui spasmi ritmici localizzati*. Bologna, 1880.
[2] Chairou, *Études cliniques sur l'hystérie*. Paris, 1870.

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

DES SPASMES RYTHMIQUES HYSTÉRIQUES (*fin*).

SOMMAIRE

I. Diagnostic différentiel entre les spasmes hystériques et la maladie des tics convulsifs.
II. Rapport des spasmes hystériques avec le délire des aboyeurs.
III. Nosographie des spasmes rythmiques hystériques.
IV. Résumé de leurs caractères cliniques.

MESSIEURS,

Je vous ai indiqué, chemin faisant, à propos des cas cliniques que nous avons étudiés ensemble, les principales particularités sur lesquelles repose le diagnostic des formes les plus communes des spasmes respiratoires hystériques. Il me paraît inutile d'y revenir. Mais je dois vous dire quelques mots des rapports des spasmes respiratoires compliqués avec deux affections qui pourraient quelquefois les simuler : la maladie des tics convulsifs et le délire des aboyeurs.

I

La *maladie des tics convulsifs* est une affection généralement héréditaire et toujours très tenace, caractérisée par l'association de tics avec des troubles divers du système nerveux, tels que : coprolalie (c'est-à-dire émission brusque et involontaire de paroles ordurières), écholalie (c'est-à-dire répétition automatique des sons et des bruits), échocinésie (c'est-à-dire imitation des mouvements), obsessions pathologiques, délire du doute, etc.

Cette affection a été étudiée et décrite, seulement dans ces der-

nières années, par MM. Charcot[1], Gilles de la Tourette[2] et Guinon[3]. Il serait tout à fait illogique de chercher à l'identifier avec les spasmes hystériques dont elle est essentiellement différente. Mais vous savez que l'hystérie est, selon les expressions de Sydenham, « un protée qui prend une infinité de formes diverses, un caméléon qui varie sans fin ses couleurs ». Elle peut revêtir les apparences les plus étranges, simuler les maladies les plus dissemblables; elle peut, en particulier, donner quelquefois lieu à des symptômes semblables à ceux de la maladie des tics convulsifs. MM. Charcot[4] et Guinon[5] en ont rapporté quelques exemples et ont insisté avec juste raison sur l'intérêt pratique qu'il y a, dans les cas de ce genre, à faire un diagnostic complet et rigoureux.

La vraie maladie des tics convulsifs, en effet, est une affection incurable, tandis que son sosie d'origine hystérique est susceptible de guérison rapide. On comprend dès lors à quelles regrettables erreurs de pronostic entraînerait fatalement une appréciation inexacte de la nature des accidents observés. Au reste, il suffira en général, pour établir ce diagnostic, d'étudier avec soin les antécédents des malades, les conditions sous l'influence desquelles se sont développés les tics, les symptômes permanents qui coexistent avec eux, etc. L'important est d'être prévenu de la possibilité de l'erreur; il est ensuite facile de l'éviter.

II

Le délire des aboyeurs n'est pas une affection spéciale, autonome. On a décrit autrefois sous ce nom toutes les formes possibles de convulsions des muscles respiratoires accompagnées de l'émission soudaine et involontaire de cris, d'exclamations ou de paroles. De ce groupe confus, formé d'éléments disparates, on a déjà tiré les cas de spasmes rythmiques hystériques compliqués de bruits anormaux, articulés ou non, et les cas de maladie des tics convulsifs. Mais il reste encore un certain nombre de faits qui ne se

[1] Charcot, *Intorno ad alcuni casi di tic convulsivo con coprolalia ad ecolalia* (*Riforma medica.*, 1885).

[2] Gilles de La Tourette, *Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie* (*Archives de neurologie*, 1885).

[3] G. Guinon, *Sur la maladie des tics convulsifs* (*Revue de médecine*, 1886).

[4] Charcot, *Hystérie et tics convulsifs* (*Semaine médicale*, 1886).

[5] Guinon, *Tics convulsifs et hystérie* (*Revue de médecine*, juin 1887).

rapportent ni aux spasmes hystériques ni à la maladie des tics convulsifs et qui appartiennent à des névroses mal connues dont l'histoire reste entièrement à faire.

Il est probable que ces faits sont rares, mais ils existent certainement, et comme ils pourraient, le cas échéant, vous conduire à des diagnostics erronés, je crois devoir vous les signaler. J'en ai observé naguère un exemple des plus remarquables, et ne voulant pas employer le nom de délire des aboyeurs qui pourrait donner lieu à des confusions, je l'ai transcrit dans mes notes sous le titre suivant, qui a tout au moins l'avantage de n'impliquer aucune hypothèse sur la nature de l'affection :

Observation I. — *Logospasmes choréiformes survenant par accès prolongés de quatorze à dix-huit mois de durée, chez un homme adulte et jusqu'alors indemne d'accidents névropathiques, à la suite d'ennuis et de préoccupations financières.* — M. X..., négociant, âgé de cinquante-neuf ans, est un homme robuste, vigoureux, marquant moins que son âge. Son père est mort accidentellement, sans avoir jamais eu de maladies nerveuses. Sa mère est morte à quatre-vingt-cinq ans, après avoir joui jusque dans son extrême vieillesse d'une parfaite santé. Il a deux enfants très bien portants : un fils qui est officier d'artillerie et une fille de dix-neuf ans.

M. X... s'est très bien porté jusqu'en 1878. A cette époque, son ventre grossit. Les médecins consultés diagnostiquèrent un kyste de la rate. On pratiqua des ponctions qui donnèrent issue à plusieurs litres de liquides séreux, et finalement le kyste guérit.

En 1879, quelques mois après la guérison du kyste abdominal, M. X..., qui avait mené jusque-là une vie très agitée, se retira des affaires. L'inactivité lui fut pénible; il s'ennuya de n'avoir rien à faire et, après quelques mois, il éprouva les premiers symptômes d'un état nerveux des plus désagréables. Il devint triste, morose, irritable; il eut des insomnies opiniâtres, des idées de suicide. Un jour, il se pendit dans ses appartements avec la corde d'un pain de sucre, et on arriva juste à temps pour le sauver.

Quelques semaines après l'apparition de ces symptômes, M. X... commença à pousser involontairement des aboiements inarticulés. Un mois plus tard, ces aboiements furent remplacés par des cris articulés, des exclamations distinctes, proférées à haute voix et accompagnées de secousses convulsives dans le tronc et les membres. Ces exclamations involontaires et convulsives se répétaient assez régulièrement toutes les cinq ou six minutes. D'une voix très forte et très distincte, M. X... s'écriait toujours : *Numa! Hélène! Camille! Maria!* puis, après quelques minutes de repos, il répétait bruyamment ces mêmes noms qui sont, il n'est peut-être pas inutile de le dire, ceux de son fils, de sa femme, de sa fille et de sa servante. Les exclamations cessaient pendant la nuit et recommençaient le matin au réveil. Les idées sombres avec tendance au suicide persistaient toujours.

Cela dura, sans atténuation, quatorze mois consécutifs; puis les cris, les insomnies, l'agitation disparurent, et M. X... jouit pendant trois ans, de 1881 à 1884, d'une parfaite santé.

Au commencement de janvier 1884, en se promenant dans les rues de Bordeaux pour se distraire, il rencontra un de ses amis qui l'engagea à retirer le plus promptement possible ses fonds d'une entreprise financière dans laquelle ils étaient engagés. Très inquiet des renseignements que venait de lui donner son ami, et craignant pour la sécurité de sa fortune, M. X... rentra chez lui dans un état de profonde mélancolie.

Pendant trois jours, il s'occupa de rechercher un nouveau placement pour son argent. Le quatrième, en se réveillant, il commença à pousser distinctement et avec force les cris qu'il poussait deux ans auparavant : *Numa! Hélène! Camille! Maria!*

Quand je vis le malade quinze jours plus tard, appelé auprès de lui en consultation par son médecin ordinaire, M. le docteur Lande, je le trouvai agité, marchant de long en large dans sa chambre, incapable de rester assis plus de quelques minutes.

Il ne présentait aucun trouble de la motilité volontaire ni de la sensibilité cutanée. Les sens spéciaux paraissaient normaux; toutefois l'examen méthodique des fonctions visuelles ne put être pratiqué. La langue était saburrale; anorexie, perte complète de l'appétit. M. X... était tracassé par des idées tristes; il se disait obsédé par la pensée de la mort et par le désir de se suicider. L'avant-veille, il avait tenté de se noyer. Il était, en outre, fatigué par une insomnie persistante.

Toutes les deux, trois, quatre ou cinq minutes, il poussait brusquement à voix haute, claire, brève et bien timbrée, quelques cris très nettement articulés. Tantôt il lançait successivement et très rapidement les quatre noms indiqués plus haut : *Numa! Hélène! Camille! Maria!* tantôt il répétait l'un d'eux quatre ou cinq fois de suite avec une grande violence : *Numa! Numa!... Hélène! Hélène! Hélène! Hélène!* etc.

L'émission de ces mots était accompagnée de secousses convulsives violentes dans les muscles des bras et du tronc. Quelquefois le malade s'abaissait ou s'accroupissait pour les proférer.

Dans les intervalles des secousses et des cris convulsifs, M. X... parlait tout à fait librement; il racontait le début de sa maladie et l'histoire de sa vie sans hésitation, sans défaillances de mémoire, et s'il n'eût parlé incessamment de l'incurabilité de son affection et de sa mort prochaine, on eût pu le considérer comme un homme tout à fait sain d'esprit.

Les cris se produisaient souvent au milieu d'une phrase commencée; le malade ne pouvait ni les retenir ni les étouffer, ni même modérer leur éclat. Si on le priait de faire un effort pour prononcer d'autres mots que ceux qu'il avait coutume de proférer, de dire, par exemple, *Henri* au lieu de *Numa, Jeanne* au lieu d'*Hélène,* il promettait de le faire, mais n'y réussissait jamais. Cependant il racontait (et ses parents confirmaient ce récit) que lorsqu'il voyait un de ses amis, il répétait souvent pendant des heures entières, toutes les deux ou trois minutes, le nom de cet ami. Un

de ses cousins, nommé Georges, étant venu lui rendre visite quelques jours auparavant, il avait crié toute la journée : *Georges! Georges! Georges! Georges!* La veille de la consultation, préoccupé de l'idée de voir un nouveau médecin, il avait crié presque uniquement le nom de ce médecin.

Ajoutons à ces détails que pendant le sommeil les cris et les secousses étaient absolument suspendus. Nous conseillâmes une cure hydrothérapique et l'usage d'une solution de bromure de potassium et de chloral.

Six semaines plus tard, je rencontrai par hasard M. X... à l'établissement hydrothérapique au moment où il venait de prendre sa douche. Il me raconta qu'il était un peu moins triste, qu'il dormait un peu mieux la nuit et qu'après chaque douche il restait ordinairement une heure ou deux sans proférer de cris. Pendant qu'il me donnait ces renseignements, il se mit tout à coup à pousser ses exclamations habituelles : *Numa! Hélène! Camille! Maria!* et comme je paraissais surpris de cette contradiction entre son récit et ses actes : « Me voilà reparti, dit-il, beaucoup plus tôt qu'à l'ordinaire, et vous ne savez probablement pas pourquoi. Je vais vous l'expliquer. Voyez-vous dans le parc cet officier d'artillerie? Son costume m'a fait songer à mon fils. Aussitôt j'ai recommencé à crier, et à présent cela ne cessera que ce soir quand je m'endormirai. »

Je n'ai pas revu le malade depuis cette époque, mais M. le docteur Lande, qui a continué à lui donner des soins, a eu l'obligeance de me donner de ses nouvelles. Son état s'est amélioré lentement, et il a fini par guérir dix-huit mois environ après le début de l'accès.

Il serait, je crois, bien difficile, en l'état actuel de nos connaissances, de classer cette observation dans un des cadres nosologiques établis par les pathologistes. Il ne s'agit pas évidemment d'un cas régulier de maladie des tics convulsifs, ni d'une espèce vulgaire de vésanie, ni d'une variété de paramyoclonus multiplex. Est-ce un exemple de spasmes hystériques? Peut-être; mais le plus sage est de ne pas formuler encore de diagnostic nosographique et d'attendre que des faits nouveaux viennent dissiper l'obscurité qui entoure pour le moment l'analyse de ce cas[1].

[1] Il existe dans la science quelques observations analogues :

Calvert Holland (cité par Galvagni, *Spasmi ritmici*, p. 56) a raconté l'histoire d'un homme de vingt-huit ans, mineur, qui, après avoir travaillé dans une galerie où l'air était vicié, fut pris de désordres de la digestion, d'embarras de la parole et de vertiges. Deux mois après, étant assis, il éprouva un besoin irrésistible de parler. Les paroles étaient rapides et peu distinctes; le malade avait tendance à balbutier, à répéter deux ou trois fois la même chose. Cependant l'intelligence était intacte. Peu de temps après survinrent des accès de spasmes rotatoires de la tête. Guérison cinq mois après.

M. B. Ball (*Des impulsions intellectuelles*, in *l'Encéphale*, 1881, p. 26) rapporte qu'une jeune fille se mettait à chaque instant à genoux, sans aucun motif plausible faisait le signe de la croix et répétait : *Jésus, Marie, Joseph*. « Tout se bornait là, dit l'auteur, mais ces éjaculations pieuses se produisant au milieu d'un salon, sur une place publique ou dans un wagon de chemin de fer, avaient fini par porter de graves atteintes à sa réputation et la faire considérer comme aliénée. »

III

Après avoir passé en revue les différentes variétés symptomatiques des convulsions rythmées d'origine hystérique, il nous reste à faire œuvre de synthèse et à dégager de la comparaison des faits particuliers que nous avons étudiés jusqu'à présent les caractères communs appartenant au groupe nosologique des spasmes rythmiques hystériques. Cela ne sera pas, je pense, très difficile. Tous les spasmes rythmiques hystériques ont, en effet, un air de famille qui ressort clairement des analogies de leur étiologie, de leur symptomatologie et de leur pronostic. Les tics hystériques, les chorées hystériques, les toux hystériques, les aboiements hystériques, etc., ne sont pas, à proprement parler, des espèces morbides distinctes, ce sont des variétés d'un seul et même processus pathologique. Ils peuvent siéger sur tel ou tel groupe musculaire, différer les uns des autres par leurs effets et par leurs apparences extérieures, mais ils n'en ont pas moins la même origine et la même signification clinique.

Malheureusement leur rapprochement a été rendu très difficile par le fait de la multiplicité des dénominations qu'on leur a appliquées. On a eu le tort, jusqu'à présent, de les classer et de les décrire d'après leur siège, au lieu de les grouper d'après leurs affinités naturelles. On a commis à leur sujet la même faute que commirent jadis les aliénistes quand ils prirent pour base de la classification des monomanies les actes criminels ou délictueux accomplis par les aliénés. Tous les spasmes rythmiques du visage ont été réunis en bloc pour former l'espèce des tics convulsifs non douloureux ou spasmes mimiques; ceux du cou ont reçu les noms de tics rotatoires ou d'hyperkinésie de l'accessoire de Willis; ceux des membres sont devenus les chorées anormales ou impulsions locomotrices, avec leurs innombrables variétés: ambulatoire, saltatoire, malléatoire, etc.; de telle sorte que, petit à petit, on s'est habitué à considérer les tics de la face, les tics de la tête et du cou, les pseudo-chorées ambulatoires, saltatoires, etc., comme autant d'espèces morbides différentes, alors qu'en réalité ce sont des symptômes sans aucune spécificité nosologique.

Il est temps de réagir contre cette manière de procéder. Les aliénistes ont eu le bon esprit de renoncer à la doctrine étroite et

mal conçue des monomanies le jour où ils ont nettement compris que les actes des aliénés sont des effets n'ayant, par eux-mêmes, aucune signification relativement à la nature de la maladie qui les provoque.

De même, les convulsions rythmées sont des symptômes communs à plusieurs états pathologiques distincts. Pour en faire une classification naturelle, pratique et utile, il faut remonter à leur cause. Or, l'hystérie est une de ces causes, probablement la plus fréquente et la plus importante de toutes. Il est donc tout à fait logique de séparer du groupe hétérogène des convulsions rythmées les cas qui dépendent de l'hystérie, afin de les réunir dans une description commune, comme on le fait avec raison pour les paralysies hystériques ou les contractures hystériques, lesquelles présentent toutes, où qu'elles siègent, un certain nombre de caractères communs.

IV

Résumons brièvement les caractères généraux des spasmes rythmiques hystériques.

a) *Étiologie.* — Ces spasmes surviennent habituellement chez des enfants ou des jeunes adultes prédisposés à l'hystérie par leurs antécédents héréditaires ou personnels, ou atteints d'hystérie avérée. Presque toujours ils se développent à la suite d'émotions morales vives ou de traumatismes. Chez les hystériques sujets à des attaques convulsives, ils peuvent quelquefois succéder à des attaques de ce genre.

Il est fort rare qu'ils arrivent sans cause occasionnelle manifeste et qu'ils débutent insidieusement. En général, ils s'installent tout d'un coup et prennent dès le premier jour le type qu'ils conserveront invariablement jusqu'au moment de leur disparition.

b) *Symptômes.* — Les secousses convulsives siègent sur un ou plusieurs muscles; quelquefois sur des groupes musculaires systématiquement associés; quelquefois sur les muscles d'un seul côté du corps.

Elles se succèdent tantôt rapidement, une ou plusieurs fois par seconde, par exemple; tantôt lentement, toutes les minutes, toutes les trois minutes ou plus rarement encore. Dans tous les cas, elles

se répètent, chez les mêmes sujets, à des intervalles sensiblement égaux. Habituellement elles sont brusques, subites, semblables à celles que pourraient provoquer des décharges électriques isolées; mais elles peuvent aussi être lentes, soutenues, progressives, comme celles qui accompagnent les efforts volontaires.

Ces secousses se reproduisent continuellement ou surviennent par accès d'une durée variable. Elles cessent toujours pendant le sommeil naturel et quelquefois pendant le sommeil hypnotique provoqué. Souvent elles peuvent être suspendues temporairement, soit par la pression de zones frénatrices, ovariennes ou autres, soit par certaines attitudes du corps, soit par la fixation de l'attention, soit enfin par la mise en activité de certains muscles, de ceux par exemple qui entrent en contraction dans le chant ou la lecture à haute voix.

Les spasmes rythmiques ne s'accompagnent d'ordinaire d'aucun trouble spécial de l'intelligence. Les malades qui en sont atteints se rendent parfaitement compte des mouvements inutiles ou grotesques qu'ils exécutent, mais ils ne peuvent en empêcher la production. Ils sont à la fois conscients de leur état maladif et conscients de leur impuissance à réprimer les manifestations de cet état maladif.

c) *Diagnostic.* — Rien n'est plus facile que de reconnaître un spasme rythmique, mais il est quelquefois malaisé de découvrir sa nature, car il n'existe aucun caractère pathognomonique permettant de distinguer, par le simple examen du syndrome convulsif, un spasme rythmique hystérique d'un spasme rythmique non hystérique.

C'est donc par voie indirecte que le médecin devra chercher à résoudre le problème. Il s'attachera à déterminer les conditions étiologiques qui ont joué le rôle de cause occasionnelle dans l'apparition des convulsions rythmées; il scrutera les antécédents héréditaires et personnels du malade, afin de découvrir les moindres traces de la prédisposition névropathique; il recherchera surtout, avec un soin minutieux, les stigmates sensitivo-sensoriels de l'hystérie, c'est-à-dire les symptômes révélateurs de la grande névrose. Et si cette enquête lui fournit des preuves de l'existence de l'hystérie, il pourra presque sûrement en déduire que le spasme rythmique observé chez un sujet hystérique est un spasme de nature hystérique. Il aura alors une base relativement solide pour établir

le pronostic et diriger le traitement. Si, au contraire, l'enquête ne donnait pas de résultats, si la nature du spasme restait inconnue ou insuffisamment déterminée, le médecin ne pourrait se prononcer sur le degré de gravité de la maladie et serait embarrassé pour instituer un traitement sérieux.

d) *Marche, Durée, Terminaisons.* — La durée des spasmes rythmiques hystériques est on ne peut plus variable. Dans quelques cas, ils sont tout à fait transitoires; dans d'autres, ils persistent, immuables, pendant des mois ou des années. Néanmoins, on doit toujours espérer et prévoir leur guérison, car les accidents hystériques les plus tenaces sont toujours susceptibles de disparaître brusquement, sans convalescence, sous l'influence d'un remède nouveau, d'une attaque convulsive, d'une émotion morale, d'un traumatisme, d'un ébranlement quelconque du système nerveux, ou même d'une modification spontanée dans la marche de la maladie.

e) *Pronostic.* — A propos du pronostic, il convient de signaler une particularité importante. Comme tous les autres accidents de l'hystérie, et plus peut-être que beaucoup d'autres, les spasmes rythmiques sont contagieux par imitation. Les grimaces, les hurlements, les contorsions bizarres auxquels donnent lieu les diverses variétés de convulsions rythmées sont de nature à frapper vivement l'imagination des personnes qui entourent les malades, et si parmi ces personnes il s'en trouve quelques-unes qui soient prédisposées à l'hystérie, elles auront beaucoup de chances pour tomber malades à leur tour et pour répéter bientôt involontairement les grimaces, les hurlements et les contorsions qui ont sollicité leur attention et, dans une certaine mesure, troublé leur esprit.

Aussi, quand un accident de ce genre vient à se produire dans un milieu où se rencontrent habituellement réunis un grand nombre de postulants à l'hystérie, comme, par exemple, dans un pensionnat, un atelier, une prison, un couvent, le médecin doit, sans hésiter, exiger le départ immédiat du premier malade afin de prévenir le développement d'une véritable épidémie d'accidents analogues.

Briquet rapporte plusieurs exemples de ces petites épidémies de spasmes rythmiques hystériques [1].

Itard a été témoin du fait suivant qui mérite d'être cité textuelle-

[1] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, p. 323 à 325.

ment parce qu'il est plein d'enseignements pratiques de la plus haute importance :

« Mlle de C..., âgée de quinze ans, irrégulièrement menstruée, devint sujette à des tressaillements qui se manifestaient seulement quand elle entendait sonner la cloche de sa pension. Elle levait légèrement les épaules et poussait un petit cri aigu. En quelques semaines, ce symptôme acquit une telle intensité que ce cri instantané dégénéra en clameurs bruyantes et prolongées, en hurlements retentissants qu'on eût pris de loin pour les aboiements d'un chien et que provoquaient non pas seulement la cloche du pensionnat, mais le moindre bruit inattendu et la plus légère sensation un peu brusque de plaisir ou de peine. Ces cris, toujours accompagnés du soulèvement des épaules, duraient quelquefois plusieurs heures sans discontinuer, s'affaiblissant seulement par intervalles pour éclater avec plus de violence quelques minutes après et finissant par amener une tuméfaction livide de la face, une abondante transpiration et un état de prostration profonde suivie d'assoupissement. Pédiluves irritants, bains mucilagineux, saignées générales, applications de sangsues aux cuisses, usage des antispasmodiques, recommandations pressantes et même menaces pour provoquer de la part de la malade l'exercice d'une volonté fortement répressive, tout fut mis en usage sans succès. Je la fis transporter dans une chambre isolée, située à l'extrémité du jardin, et dont rien ne pouvait interrompre la solitude et le silence. Pour la soustraire encore plus complètement à l'action des bruits, je lui fis boucher les oreilles avec des morceaux d'éponge imbibée d'huile. Cet expédient produisit quelques jours de calme, mais il n'était pas complet et j'espérais peu le voir durer. En effet, les convulsions des organes vocaux revinrent comme auparavant, et, de plus, sans cause provocatrice apparente. Ces cris devinrent plus variés, représentant successivement ceux qui expriment la surprise, la terreur, le désespoir; puis s'éloignant de ceux que produit la voix humaine pour se rapprocher des cris des animaux et tous entremêlés de mots inarticulés dont les uns ne présentaient aucun sens et dont les autres étaient des expressions de douleur et d'angoisse. Cet état ne s'accompagnait, même pendant les crises, d'aucun mouvement fébrile. Mais l'appétit était perdu; cette jeune fille maigrissait et se plaignait d'une faiblesse extrême. Les accès revenaient tous les jours, quelquefois même au nombre de deux, et souvent la nuit n'en était pas exempte... Les cris devinrent si bruyants et si violents que malgré l'éloignement de la chambre occupée par la malade et le soin qu'on avait de tenir les croisées et les portes fermées, les éclats de sa voix retentissaient dans les classes et les dortoirs du pensionnat et troublaient les études et le sommeil des autres pensionnaires. Deux ou trois d'entre elles, et c'étaient des plus jeunes, quand elles venaient tout à coup à entendre ces clameurs, tressaillaient vivement; bientôt elles firent entendre un petit cri aigu accompagné d'un soulèvement d'épaules, ainsi qu'avait débuté, chez leur compagne, cette maladie convulsive. Tout annonçait, en effet, qu'elle allait se développer et se propager par l'influence de l'imitation, quand

on se décida à prendre une mesure décisive. Toutes celles qui commençaient à crier furent renvoyées dans leur famille et cessèrent bientôt d'être tourmentées par ces bruyantes agitations. Dans l'impossibilité de prendre le même parti pour Mlle de C..., qui était orpheline, elle fut envoyée sous la surveillance d'une garde particulière.

» On remarqua qu'ayant été prise pendant le trajet d'une de ces attaques, la crainte d'être un sujet de spectacle pour les passants avait considérablement diminué la violence de ses cris. Je mis à profit cette observation en exigeant qu'elle fût tous les jours conduite en promenade dans les rues les plus fréquentées de Paris. Ce moyen diminua notablement les accès. Je l'appuyai d'un autre pris également dans la médecine morale. Cette jeune personne m'ayant avoué qu'elle éprouvait une sorte d'humiliation d'habiter une maison qui renfermait toutes sortes de malades, même des folles, et qu'elle ne pouvait penser sans chagrin aux suppositions auxquelles cette séquestration donnerait lieu, je me gardai bien de dissiper ses craintes à ce sujet. Je crus même devoir les exagérer en convenant, comme malgré moi, que la plus innocente et la plus naturelle de ces suppositions serait de la faire passer pour folle; que les intérêts de sa santé, de son éducation et surtout de sa réputation lui faisaient une nécessité d'une guérison prompte, et qu'elle pouvait l'obtenir d'elle-même en luttant contre ses accès de toutes les forces de sa volonté et de sa raison.

» J'obtins de ces deux moyens de répression un succès plus prompt et plus complet que je n'eusse osé l'espérer. Les accès diminuèrent si rapidement qu'au bout de cinq semaines Mlle de C... se trouva complètement guérie. Seulement, il lui resta de cette maladie, qui avait duré à peu près trois mois, une mobilité nerveuse excessive que les avantages d'une menstruation plus régulière, du mariage, de la maternité et un laps de quinze années n'ont aucunement amortie [1]. »

f) Traitement. — Le traitement des spasmes rythmiques hystériques est incertain. Dans quelques cas, les remèdes les plus simples font disparaître les accidents; dans d'autres, toutes les médications échouent.

Les principes qui doivent diriger le médecin dans le choix des agents à conseiller, découlent de la nature des accidents. Par cela même que ces accidents sont de nature hystérique, on commencera par leur appliquer avec toute la rigueur possible le traitement général de la diathèse hystérique : hydrothérapie, isolement, exercices physiques, etc.; et puisqu'on sait pertinemment qu'ils sont toujours curables, on s'abstiendra de leur opposer des moyens thérapeutiques qui pourraient présenter par eux-mêmes quelques dangers.

[1] Itard, *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix* (*Arch. gén. de méd.*, 1825, obs. IX, p. 400).

C'est vous dire que toutes les opérations chirurgicales qui ont été quelquefois employées contre les spasmes localisés sont formellement contre-indiquées quand ces spasmes sont d'origine hystérique.

Quelle que soit la variété de convulsions rythmées à laquelle on ait affaire, si le malade qui en est atteint est sujet à de grandes attaques hystériques, on pourra souvent obtenir la guérison du spasme intercurrent en provoquant purement et simplement une ou plusieurs attaques convulsives par l'excitation des zones spasmogènes. Si le malade est hypnotisable, on réussira parfois à le débarrasser des accidents spasmodiques par suggestion, ainsi que M. Bernheim en rapporte quelques exemples [1].

Dans les cas nombreux où ces procédés ne sont pas applicables, on aura recours à d'autres moyens, autant que possible inoffensifs. La faradisation des muscles convulsés, l'électrisation statique, les pulvérisations d'éther, les révulsifs locaux, les sudations générales, etc., rendent souvent de réels services, pourvu que le malade soit convaincu de leur efficacité. Il n'est même pas mauvais qu'il les croie très énergiques et qu'il redoute un peu leur action. Des pilules de *mica panis,* décorées d'un nom pompeux et ordonnées avec une mise en scène un peu théâtrale, sont souvent plus utiles que les médicaments à effets physiologiques violents. En matière d'hystérie, c'est surtout la foi qui sauve et qui guérit.

[1] Bernheim, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique.* Paris, 1886, p. 332.

VINGT-HUITIÈME LEÇON

DU MUTISME ET DU BÉGAIEMENT HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Description du mutisme hystérique. Ses caractères cliniques.

II. Observation d'un malade atteint de bégaiement hystérique à la suite d'une violente émotion morale. Discussion du diagnostic.

III. Cas analogue rapporté par M. Ballet. Le bégaiement vulgaire est peut-être, dans un bon nombre de cas, une manifestation persistante de l'hystérie infantile. Exemples confirmant cette hypothèse.

Messieurs,

Les troubles de l'articulation dépendant de l'hystérie sont très variés. Nous avons étudié, à propos des spasmes rythmiques, les cas dans lesquels des paroles nettement articulées sont émises involontairement par suite d'une contraction spasmodique des muscles du larynx. Nous nous occuperons aujourd'hui du mutisme et du bégaiement hystériques.

I

Le mutisme hystérique est une impotence fonctionnelle élective des muscles de la phonation. Il a été étudié dans ces dernières années par MM. Charcot[1], Cartaz[2], Bock[3] et par votre ancien camarade, le Dr Nattier[4], qui en a réuni soixante et onze observations.

Les malades qui en sont atteints ont perdu totalement l'usage de la parole. Ils peuvent encore, en général, siffler, souffler, mouvoir

[1] Charcot, *Leçons sur les maladies du syst. nerveux,* t. III, et *Leçons du mardi,* t. I.

[2] Cartaz, *Du mutisme hystérique* (*Progrès médical,* 1886).

[3] Bock, *Ueber hysterische Stummheil* (*Deutsche medizinische Zeitung,* déc. 1886).

[4] Nattier, *Contribution à l'étude du mutisme hystérique* (*Revue mensuelle de laryngologie,* 1888).

leurs lèvres et leur langue dans tous les sens, mais ils sont incapables de parler, même à voix basse. Leur intelligence est conservée. S'ils savent écrire, ils répondent par écrit et avec une grande lucidité, aux questions qu'on leur pose. La parole seule leur fait défaut : ils ne peuvent plus parler.

Cet accident survient d'ordinaire, d'une façon soudaine, après une émotion morale vive, un traumatisme ou une attaque convulsive. On l'a vu se développer à la suite : de la frayeur d'un incendie (Cartaz), de la crainte causée par une agression criminelle (Fischer), de l'émotion provoquée par un enterrement (Panthel), de la surprise résultant de l'envolée subite d'une compagnie de perdreaux (Panthel), d'une colère (Ball), d'une chute de voiture (Closmadeuc, Wertner), d'une section chirurgicale du tendon d'Achille (Demme), d'attaques d'hystérie (Bock, Charcot, etc.).

La durée du mutisme hystérique est très variable. Elle peut être fort longue. Elle a été de un an dans un cas de Wiedermeister, de treize mois dans un cas de Wertner, de vingt mois dans un cas de Philipeaux, de cinq ans dans un cas de Johnston, de douze ans dans un cas de Sédillot. J'ai vu récemment en consultation avec mon excellent confrère, le Dr Moure, une jeune femme de trente-quatre ans qui, depuis dix ans, est atteinte d'une aphonie hystérique complète.

Mendel a cité un cas où le mutisme était intermittent : le malade parlait tous les jours de six heures à neuf heures du matin, puis il restait muet tout le reste de la journée. Assez souvent, après une période plus ou moins longue de silence absolu, les malades articulent nettement quelques paroles et retombent ensuite dans leur mutisme. Une jeune femme conduite dans notre service avec du mutisme hystérique s'écria tout à coup en voyant arriver la visite : « Tiens! voilà les médecins, » et fut incapable de prononcer une autre parole jusqu'au moment de sa guérison.

Le mutisme hystérique peut toujours guérir subitement. Les traitements les plus variés ont donné des guérisons instantanées. Une simple émotion morale peut amener ce résultat. Un malade de Wiedermeister qui était muet depuis un an retrouve la parole en voyant un incendie. La colère (Closmadeuc), l'ouverture violente de la bouche (Bright), la simple application du laryngoscope (Gilles de La Tourette), l'électrisation extra ou intra-laryngienne (Sédillot, Philipeaux, Cartaz, Moure), l'ivresse alcoolique (Ortolani), la suggestion hypnotique (Amadei, Dello Strigolo, Urechia), les pèleri-

nages (Musmeci), ont donné des succès merveilleux, même dans des cas où l'affection persistait depuis fort longtemps.

Le diagnostic du mutisme hystérique est, en général, très facile. La perte absolue de la parole, coïncidant avec la conservation parfaite de l'intelligence et des mouvements, ne peut guère s'expliquer autrement que par un trouble purement dynamique des fonctions cérébrales. L'aphasie organique n'amène jamais une impotence aussi absolue des muscles de la phonation; en outre, elle est presque toujours précédée d'un ictus apoplectique plus ou moins intense et accompagnée d'une paralysie motrice étendue à tout un côté du corps ou limitée à une moitié de la face et de la langue. Dans les cas douteux on devra, bien entendu, rechercher les stigmates sensitivo-sensoriels de l'hystérie, mais il ne faudra pas attacher à leur présence ou à leur absence une valeur absolue, car le mutisme est souvent un accident isolé; on peut l'observer chez des sujets qui n'ont jamais eu d'autres symptômes névropathiques et qui ne présentent aucun des stigmates révélateurs de l'hystérie.

N'ayant pas aujourd'hui sous la main d'exemples de mutisme hystérique, je me contenterai de vous rappeler les principaux détails de l'observation d'une malade qui a été traitée dans le service en 1885 :

Mutisme hystérique. — Émilie M..., âgée de vingt et un ans, est entrée à l'hôpital Saint-André le 1er mai 1885.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique, d'un caractère extrêmement violent, mort à quarante-deux ans d'une fluxion de poitrine. *Mère* irritable et boudeuse, morte de couches. *Frère* maladif, acariâtre, s'adonnant à l'ivrognerie. *Sœur* très bien portante.

Antécédents personnels : Dans son enfance, Émilie a toujours été très impressionnable. La moindre contrariété l'exaspérait. Elle était sujette à des crises de hoquet qu'il était impossible de réfréner et qui duraient souvent plusieurs heures consécutives. Réglée à quatorze ans; jamais d'attaques de nerfs; jamais de maladies sérieuses.

A dix-huit ans, elle vint à Bordeaux et se plaça en qualité de cuisinière. Elle avait de temps en temps des bizarreries d'humeur qui étonnaient un peu ses maîtres; mais comme elle était honnête et vaillante, on ne faisait pas attention à ses caprices et à ses bouderies.

Début des accidents : Le 29 avril 1885, Émilie, qui depuis deux jours était triste et maussade, vint trouver sa maîtresse et lui dit sur un ton très vif que la bonne du premier étage se moquait d'elle et que cela ne pouvait durer plus longtemps. Sa maîtresse la gourmanda doucement; mais Émilie ne voulut pas entendre raison. Elle alla se cacher dans la cave

et y resta trois heures, assise sur un tas de bois. Puis elle monta dans sa chambre; là elle perdit connaissance et eut une violente attaque de nerfs, la première de sa vie, à la suite de laquelle elle perdit l'usage de la parole. Elle paraissait comprendre ce qu'on lui disait, mais elle ne pouvait y répondre que par gestes. On la garda deux jours, et, la maladie ne cédant pas, on finit par se décider à l'envoyer à l'hôpital.

État actuel le 2 mai : Émilie M... a les apparences extérieures d'une santé florissante. Son œil est vif, son teint coloré. Elle a conservé ses forces et son appétit. Si on lui parle, elle entend fort bien ce qu'on lui dit; elle montre par ses gestes et sa mimique qu'elle comprend ce qu'on lui demande, mais elle est incapable de répondre. Cependant, quand la visite est arrivée dans la salle, Émilie, qui était debout auprès du lit d'une de ses voisines, a dit très distinctement ces mots : « Tiens! voilà les médecins! » puis elle est allée à son lit et est retombée dans le mutisme absolu.

Les lèvres, les joues, la langue ont conservé intégralement leur sensibilité et leur motilité. La déglutition est normale. Les organes des sens ne présentent rien d'anormal. Légère hypoesthésie de la moitié gauche du tronc et des membres du côté gauche.

Le diagnostic de mutisme hystérique étant porté, on chercha à faire exécuter à la malade une série de mouvements forcés des lèvres. Peu à peu elle arriva à prononcer la lettre *a*, puis les voyelles *o, i, u, é,* puis les consonnes. Le lendemain on pouvait lui faire dire quelques mots : *bonjour, madame,* etc., mais elle avait encore beaucoup de difficultés à prononcer. Le jour suivant, 4 mai, la malade parlait sans hésitation ni difficulté; elle était guérie du mutisme pour lequel elle était entrée à l'hôpital.

II

Le bégaiement, le bredouillement, le zézaiement et, d'une façon générale, tous les vices de l'articulation qui dépendent de contractions spasmodiques des muscles phonateurs, se développent fréquemment à l'occasion d'émotions morales vives et se comportent, par la suite, comme de véritables accidents hystériques. Après avoir résisté pendant des années aux traitements les plus rationnels, ils disparaissent quelquefois tout à coup, sous l'influence d'une nouvelle émotion morale ou par l'effet d'une de ces méthodes curatives qui appartiennent plutôt à la médecine d'imagination qu'à la thérapeutique physiologique.

L'étude des cas de ce genre n'a pas été faite jusqu'à présent avec tout le soin qu'elle mérite. Il serait certainement intéressant de la reprendre et de la compléter par des observations originales

dans lesquelles on tiendrait exactement compte des antécédents des malades et des symptômes névropathiques associés aux vices de l'articulation. Je suis convaincu qu'on arriverait ainsi à déterminer la véritable cause d'un grand nombre de vices de l'articulation dont l'étiologie est entourée d'une profonde obscurité et dont la signification clinique nous est encore tout à fait inconnue.

Le jeune homme que je vous présente offre un exemple de ces bégaiements qui doivent vraisemblablement être rapportés à l'hystérie.

Bégaiement hystérique. — Ter..., dix-neuf ans, équilibriste, entré à l'hôpital le 12 octobre 1888 (salle 16, lit 18).

Antécédents héréditaires: Père mort à quarante-quatre ans d'un traumatisme accidentel. C'était un homme calme, doux, n'abusant pas des liqueurs alcooliques; il bégayait depuis son enfance. *Mère* âgée de quarante-huit ans, très impressionnable; elle entre pour des motifs futiles dans des colères épouvantables. Un *frère* est très violent. Une *tante paternelle* était sujette à des attaques de nerfs. Une *cousine germaine*, âgée de vingt et un ans, est franchement hystérique.

Antécédents personnels: Jusqu'à l'âge de quatorze ans, Ter... a joui d'une bonne santé. Il était intelligent; il parlait très facilement, sans bégayer.

En 1879, son père fut tué sous ses yeux; il aidait à monter une lourde table de bois dans une maison avec une poulie; la corde cassa et la table, en tombant, lui brisa le crâne. Ter..., voyant son père expirant, perdit connaissance et eut, quelques instants après, une grande attaque convulsive à la suite de laquelle il resta vingt jours au lit, agité par un délire des plus violents.

Peu de temps après cette maladie, il commença à remarquer qu'il ne parlait plus avec la même facilité qu'autrefois. Au début de certains mots, il éprouvait un serrement épigastrique qui l'empêchait d'articuler. A partir de ce moment, le bégaiement a toujours persisté; il s'est même notablement aggravé.

État actuel : Ter... est un garçon vigoureux; il jouit d'une excellente santé; il n'a d'autre infirmité que son bégaiement. Lorsqu'il veut parler, sa tête se tourne vers l'épaule droite, ses paupières se ferment fortement, la mâchoire inférieure est agitée de petites secousses, le diaphragme se contracte spasmodiquement, la langue est attirée vers le fond de la bouche et le malade lance une série de sons confus : *gue, gue, gue, gue; ah, ah, ah, ah!* avant de pouvoir articuler les mots exprimant sa pensée.

Ce trouble de la parole se produit au commencement des phrases. Il existe également dans la lecture à haute voix et dans la conversation; mais il disparaît tout à fait dans le chant et dans la déclamation.

En examinant la sensibilité générale du sujet, nous trouvons de larges

plaques d'hypoesthésie cutanée siégeant sur les membres inférieurs, sur le thorax, le dos, la face postérieure des membres supérieurs *(fig. 47)*, les

Fig. 47. — Distribution de l'hypoesthésie cutanée chez Ter...

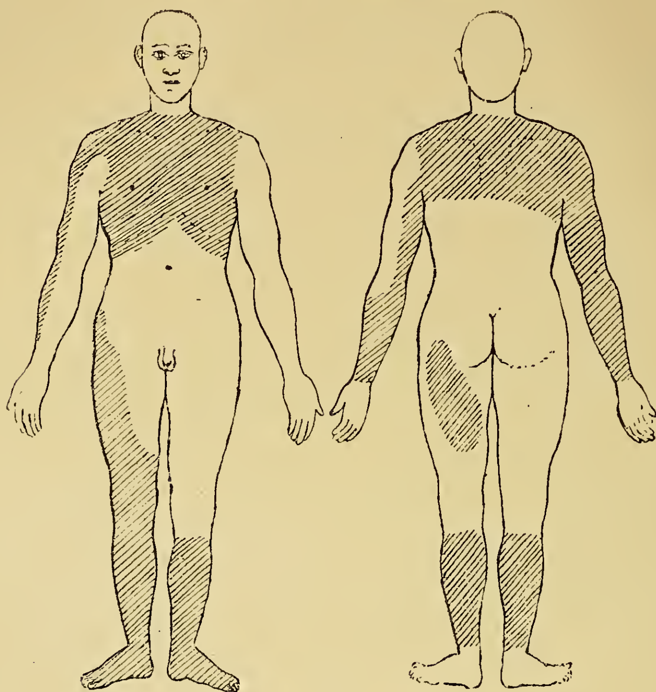
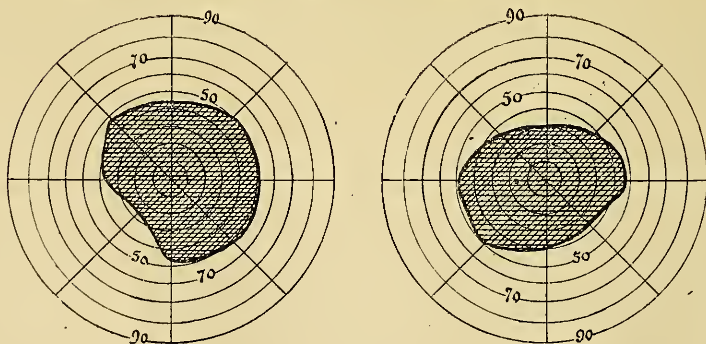


Fig. 48. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Ter...



paupières. En outre, les champs visuels sont rétrécis concentriquement *(fig. 48)*, et le réflexe pharyngien est aboli.

Dans le cas actuel, le diagnostic ne paraît pas douteux. On pourrait peut-être objecter que, le père de notre malade étant bègue, son fils a hérité purement et simplement de l'infirmité paternelle, indépendamment de toute influence hystérique; mais vous remarquerez que Ter... n'a commencé à bégayer qu'à l'âge de quatorze ans et à la suite d'une émotion violente assez forte pour jeter le trouble dans le système nerveux d'un adolescent, surtout d'un adolescent prédisposé par son hérédité maternelle et collatérale à des accidents névropathiques.

Il est possible, d'ailleurs, que le fait d'avoir cohabité longtemps avec un bègue ait prédisposé le jeune Ter... à contracter du bégaiement. On voit très souvent les hystériques imiter les affections qu'ils ont eues précédemment sous les yeux. A l'occasion d'une cause identique en apparence, tel aura une hémiplégie hystérique, tel autre un spasme rythmique, tel autre une contracture, etc. La raison de ces différences d'effets se trouve fréquemment dans des impressions antérieurement perçues et inconsciemment accumulées dans les centres de l'activité psychique des malades. Les hystériques sont par-dessus tout des imitateurs. Ils réalisent facilement ce qui a frappé leur imagination, et quand ils deviennent malades, c'est souvent comme telle ou telle personne de leur entourage. Je pourrais vous citer de nombreux exemples de nature à confirmer cette proposition. Une des jeunes filles dont je vous ai raconté l'histoire quand nous nous sommes occupés des spasmes rythmiques respiratoires, avait un renâclement hystérique très bruyant dans lequel elle imitait la toux pharyngienne de son père atteint depuis plusieurs années de granulations de la gorge (obs. d'Alice L..., XXVIe leçon, p. 338). Je voyais ces jours derniers une dame qui, après avoir assisté aux derniers moments d'une de ses parentes morte d'une maladie organique du cœur, présentait tous les symptômes de la fausse angine de poitrine hystérique. Les cas analogues sont loin d'être rares, et il faut en tenir compte dans l'appréciation des circonstances étiologiques qui ont provoqué l'apparition des accidents hystériques afin de ne pas rapporter à l'hérédité ce qui est dû tout simplement à l'imitation consciente ou inconsciente.

Pour en revenir à notre malade, je le crois atteint de bégaiement hystérique et j'ai la conviction qu'il pourrait guérir brusquement si nous trouvions un mode de traitement capable de lui inspirer grande confiance ou de frapper fortement son imagination. Nous

allons commencer par la faradisation. Si ce moyen ne réussit pas, nous en chercherons un autre et peut-être nous arriverons au résultat désiré [1].

III

Le bégaiement hystérique a été fort peu étudié par les auteurs classiques. Landouzy, Briquet ne le mentionnent pas. Trousseau en a rapporté une observation très précise dont je vous ai déjà parlé dans une des précédentes leçons (XXVIe leçon, p. 353). M. Gilbert Ballet en a donné, le premier, une bonne description clinique à propos d'un malade qu'il a eu l'occasion de traiter. Il s'agissait dans ce cas d'un homme qui, après une altercation violente avec ses camarades d'atelier, fut pris d'une véritable crise nerveuse caractérisée par des battements de cœur et une sensation de constriction à la gorge. A la suite de cette crise, il resta complètement aphone pendant plusieurs heures, puis bègue. Comme stigmates hystériques, il avait une hémiparésie et une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche. Il était facilement hypnotisable. M. Ballet ne dit pas si pendant le sommeil hypnotique il parlait plus librement qu'à l'état de veille. Il ne dit pas, non plus, si la suggestion hypnotique a été régulièrement appliquée à son traitement [2]. Ces faits auraient cependant bien mérité d'être relevés [3].

Dans le cas de M. Ballet, aussi bien que dans le nôtre, l'hystérie s'affirmait à la fois par le bégaiement et par des stigmates sensitivo-sensoriels d'une signification diagnostique très précise. Mais il se pourrait fort bien que, chez d'autres malades, le bégaiement existât seul. Je serais même très porté à penser que les infirmités

[1] Le traitement par la faradisation a été appliqué pendant quelques jours. Il paraissait produire une amélioration réelle quand le malade fut pris d'une varioloïde : on dut le transporter dans le service d'isolement de Pellegrin et, après la guérison de la varioloïde, il ne revint pas à l'hôpital Saint-André.

[2] Braid a pu guérir par l'hypnotisation des troubles de la phonation persistant depuis longtemps. « Miss E. Atkinson, dit-il, ne pouvait depuis quatre ans et demi faire usage de la parole; sa voix se réduisait en chuchotement, malgré l'emploi de tous les remèdes connus et sous la direction de praticiens renommés. Après la neuvième opération hypnotique, elle parlait à haute voix, sans effort; sa santé est restée excellente depuis. » (Braid, *Neurypnologie. Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme.* Trad. J. Simon. Paris, 1883.)

[3] G. Ballet, *Du bégaiement hystérique*, in *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris* (séance du 11 octobre 1889).

Au moment de livrer ces pages à l'impression, nous lisons une nouvelle observation de bégaiement hystérique présentée par M. Ballet à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 4 juillet 1890. En voici le résumé : un instituteur reçut, au sortir du bal, un coup assez violent sur la tête. Tout d'abord il ne fut nullement incom-

de la parole observées chez certains enfants ou jeunes gens paraissant indemnes de toute tare névropathique, sont cependant de simples manifestations symptomatiques de l'hystérie.

Très souvent, en effet, le bégaiement se développe tout à coup entre cinq et dix ans, à la suite de grands ébranlements nerveux, tels que convulsions, émotions morales, traumatismes, etc. Très souvent aussi il guérit avec une facilité surprenante par l'application des moyens curatifs les plus simples. En voici quelques exemples qui m'ont été montrés par M. Stéphan, un des spécialistes qui traitent les vices de l'articulation par la gymnastique vocale.

Pierre B..., âgé de dix-sept ans, est devenu bègue à l'âge de six ans, à la suite d'une attaque de vers (?). Quand il veut parler, il ouvre cinq ou six fois la bouche en faisant claquer la langue et émet quelques sons mal articulés. Il est d'ailleurs assez intelligent. Guérison après quatre semaines de traitement.

Alexandre L..., dix ans, a bien parlé jusqu'à l'âge de six ans et demi. A cet âge, s'amusant un jour avec un cerf-volant sur un balcon, il tomba dans la rue. La chute fut si violente qu'il resta sans connaissance pendant cinq jours et qu'il fut malade pendant plusieurs semaines. Un mois et demi après cet accident, on s'aperçut qu'il parlait avec une certaine difficulté, qu'il bégayait. Ce bégaiement persista sans s'atténuer jusqu'au jour où sa correction fut obtenue en quelques séances par la gymnastique vocale sous la direction de M. Stéphan.

Fernand L..., douze ans, a parlé avec une netteté parfaite jusqu'à l'âge de cinq ans. A cette époque il eut une crise de convulsions épouvantables, et depuis lors il a un bredouillement si accentué qu'il pouvait à peine se faire comprendre. Guérison complète en quatre semaines.

Louis B..., seize ans, était vif, intelligent, et parlait très bien quand, à l'âge de huit ans, il fit une chute de cheval qui mit ses jours en grand danger. Depuis cette époque, il a une infirmité complexe de la parole : bégaiement et bredouillement accompagnés d'un clignotement spasmodique très intense. Ces accidents ont été corrigés en huit jours.

Louis D..., vingt-deux ans, a parlé normalement jusqu'à neuf ans. A cette époque il devint la victime d'une marâtre qui le frappait brutalement et l'enfermait dans des armoires en lui disant que des morts viendraient le chercher s'il criait. Un mois après, l'enfant commençait à bégayer. Il conserva cette infirmité jusqu'à vingt-deux ans et en guérit très rapidement par des exercices de gymnastique vocale.

modé par ce traumatisme; mais, trois jours après, il eut pour la première fois de sa vie une attaque convulsive manifestement hystérique. La semaine suivante, il fut atteint de bégaiement intermittent, qui devint plus tard permanent. Ce malade ne présentait pas d'anesthésie cutanée; son champ visuel du côté gauche était un peu rétréci. Il avait, en outre, quelques symptômes de la forme de psychose dégénérative qu'on appelle la *folie du doute*. C'était donc à la fois un hystérique et un dégénéré.

Amédée G..., vingt-cinq ans, n'avait présenté pendant son enfance aucun trouble de l'articulation. A dix-sept ans, par une froide soirée de décembre, il traversait un bois avec plusieurs de ses camarades. Ceux-ci voulurent lui jouer une bonne farce. Ils l'attachèrent à un arbre et rentrèrent seuls au village comptant que son père, qui devait passer par le même chemin, le délivrerait avant la nuit. Malheureusement il était déjà rentré. Le jeune G... passa toute la nuit dans le bois. Le lendemain matin on le trouva évanoui, mourant de froid et de peur. Il resta plusieurs mois comme hébété, puis il reprit peu à peu l'usage de ses facultés intellectuelles, mais il resta affligé d'un bégaiement très intense qui l'empêchait presque complètement de parler. Il guérit en quelques semaines par les procédés de M. Stéphan.

Aucun de ces malades ne présentait de stigmates hystériques. Mais les conditions dans lesquelles se sont développés chez eux les troubles de la phonation et la rapidité de leur guérison semblent bien démontrer leur nature hystérique.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

DES CONTRACTURES PROVOQUÉES CHEZ LES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Des contractures provoquées chez les hystériques. Travaux de MM. Brissaud et Richet sur l'état d'imminence de contracture.

II. Conditions de provocation des contractures expérimentales : excitations cutanées, musculaires, ostéo-fibreuses, psychiques.

III. Physiologie pathologique des contractures expérimentales. Intervention des centres nerveux.

IV. Excitations susceptibles de faire cesser les contractures expérimentales des hystériques.

V. Effets de l'ischémie locale, de l'aimantation, des applications métalliques sur les contractures provoquées.

MESSIEURS,

L'étude des *contractures hystériques* comprend deux chapitres distincts : le premier relatif à l'histoire des *contractures expérimentales ou provoquées,* le second à celle des *contractures pathologiques ou spontanées.* Nous nous occuperons tout d'abord des contractures expérimentales.

I

Les auteurs anciens ne connaissaient pas la contracture, ou plutôt ils confondaient deux phénomènes que nous considérons maintenant comme différents l'un de l'autre : la paralysie flaccide et la rigidité permanente des muscles. Aussi, chercheriez-vous en vain dans les œuvres de Sydenham, de Georget, de Landouzy, de Louyer-Villermay, etc., une description détaillée de la contracture hystérique. Briquet est le premier observateur qui lui ait consacré un chapitre spécial.

Le syndrome contracture était donc à peine étudié quand, il y a

une vingtaine d'années, M. Charcot commença à diriger sur lui son attention et ses efforts. Depuis cette époque, les mémoires inspirés par ce maître éminent se sont succédé sans interruption. La contracture secondaire des hémiplégiques [1], la contracture consécutive aux lésions diffuses ou systématisées de la moelle épinière [2], la contracture hystérique [3] devinrent l'objet de nombreux et importants travaux, dont vous trouverez d'excellents résumés dans la thèse d'agrégation de M. Strauss [4] et dans la thèse de doctorat de M. Blocq [5].

Ces travaux modifièrent du tout au tout les notions scientifiques professées par les anciens auteurs. Ils démontrèrent que la contracture est un phénomène d'une autre nature et d'une autre signification clinique que la paralysie flaccide, et que, même dans les cas très fréquents où l'impotence paralytique et la rigidité musculaire coexistent, chacun des deux symptômes éventuellement associés conserve son autonomie clinique et sa valeur séméiologique propre. Ils établirent que la contracture spasmodique est toujours le résultat d'une hyperexcitabilité protopathique ou deutéropathique des centres médullaires. Ils donnèrent enfin à ce syndrome la place qu'il mérite d'occuper dans le groupe des phénomènes dépendant des altérations fonctionnelles ou organiques du système nerveux.

Les choses en étaient là, lorsqu'en 1876 M. Heidenhain [6] entreprit l'étude des principaux symptômes de l'état hypnotique dont il avait observé avec étonnement les manifestations dans le cours des séances publiques données en Allemagne par le magnétiseur Hansen. Dans le remarquable mémoire qu'il publia à cette époque, il décrivit avec beaucoup de soin les contractures réflexes qui se produisent, pendant le sommeil somnambulique provoqué, sous l'influence des excitations légères et répétées de la peau (passes magnétiques, frictions, insufflation, etc.).

[1] Charcot, *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau*. Paris, 1876. — Bouchard, *Les dégénérations secondaires de la moelle épinière* (*Archives générales de médecine*, 1866). — Brissaud, *Recherches sur la contracture permanente des hémiplégiques*. Th. doct., Paris, 1880.

[2] Charcot, *Leçons sur la sclérose en plaques, sur la compression lente de la moelle épinière, sur le tabes dorsal spasmodique*, etc., in *Leçons sur les maladies du système nerveux*. — Bourneville et Guénard, *De la sclérose en plaques disséminées*. Paris, 1869. — Bétous, *Du tabes dorsal spasmodique*. Th. doct., Paris, 1876.

[3] Charcot, *De la contracture hystérique*, in *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, leçon XII. — Bourneville et Voulet, *De la contracture hystérique permanente*. Paris, 1872.

[4] Strauss, *Des contractures*. Th. agr., Paris, 1875.

[5] Paul Blocq, *Des contractures*. Th. doct., Paris, 1888.

[6] Heidenhain, *Ueber die sogenannte thierische Magnetismus*. 2e édit., Leipzig, 1880.

Les faits avancés par M. Heidenhain étaient faciles à contrôler; aussi furent-ils bientôt vérifiés par tous les observateurs qui voulurent se donner la peine de répéter les expériences du physiologiste de Breslau. Ils furent reproduits en particulier à la Salpêtrière, où MM. Charcot et Paul Richer[1] complétèrent l'étude des symptômes musculaires de l'hypnotisme en décrivant, à côté et indépendamment des contractures réflexes de l'état somnambulique, déjà signalées par Heidenhain, les curieux phénomènes de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de l'état léthargique.

Pendant ce temps, MM. Brissaud et Charles Richet, qui s'occupaient de déterminer, par la méthode graphique, les caractères des réactions des muscles contracturés, découvrirent qu'on pouvait souvent provoquer des contractures musculaires durables, chez les hystériques à l'état de veille, par le fait d'excitations assez analogues à celles qui étaient employées pour déterminer la rigidité expérimentale des muscles pendant le sommeil hypnotique[2]. Ils utilisèrent surtout dans leurs recherches l'extension passive des muscles préalablement contractés par un effort volontaire, et les secousses brusques des membres. Ils démontrèrent, en outre, que la malaxation des tendons des muscles contracturés ou le massage des muscles antagonistes faisaient cesser rapidement les contractures expérimentales.

En somme, c'est à MM. Brissaud et Richet qu'on doit la connaissance de ce fait très important, que certains hystériques sont perpétuellement en *état d'imminence de contracture,* c'est-à-dire qu'il est possible de provoquer chez eux, à tout instant et par des manœuvres d'une extrême simplicité, des rigidités musculaires qu'on peut ensuite faire disparaître à volonté par d'autres manœuvres tout aussi simples que les premières.

On a reconnu depuis, que l'*état d'imminence de contracture* n'est pas une anomalie rare, exceptionnelle, mais qu'au contraire il existe, à des degrés divers, dans la majorité des cas d'hystérie confirmée. M. Berbez, ayant appliqué un lien circulaire autour des membres de soixante-dix hystériques, a obtenu cinquante-deux fois la contracture des muscles sous-jacents à la ligature[3]. Il

[1] Charcot et Paul Richer, *Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques: Du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musc.* (*Arch. de neurologie,* t. II, 1881).

[2] Brissaud et Ch. Richet, *Faits pour servir à l'histoire de la contracture* (*Progrès médical,* 1880).

[3] Paul Berbez, *Sur la diathèse de contracture et en particulier sur la contracture produite chez les sujets hystériques (hommes et femmes) par l'application d'une*

résulte de ces chiffres que la diathèse de contracture se rencontre chez plus des trois quarts des hystériques. Elle constitue donc un symptôme fréquent, habituel; elle peut, à juste titre, être classée, à côté de l'anesthésie des téguments, du rétrécissement concentrique du champ visuel, etc., parmi les *stigmates révélateurs* dont le clinicien ne devra pas négliger la recherche dans les cas où son diagnostic ne sera pas suffisamment établi par l'étude des autres manifestations de la maladie [1].

II

Les procédés susceptibles de provoquer des contractures chez les hystériques sont beaucoup plus nombreux que ne l'avaient pensé MM. Brissaud et Richet. Ils ont été étudiés en détail, ici même, par un de vos anciens camarades, M. Descubes [2]. On peut les diviser en quatre groupes, selon que leur point de départ se trouve: 1° dans la peau; 2° dans les muscles ou les tendons; 3° dans les os ou les tissus fibreux péri-articulaires; 4° dans les centres psychiques.

Les *excitations cutanées* comprennent: le frôlement léger, le chatouillement, l'insufflation douce et prolongée, l'aspersion avec de l'eau froide ou chaude, l'électrisation superficielle, etc.

Parmi les *excitations musculaires* il faut ranger: la contraction volontaire énergique, contrariée ou non par un obstacle extérieur, la pression ou la malaxation des masses musculaires, la percussion des muscles ou de leurs tendons, la faradisation tétanisante, et probablement aussi la ligature circulaire des membres et le contact des diapasons en vibration.

Les *excitations ostéo-fibreuses* sont: la traction passive des articulations, les secousses brusques imprimées aux membres, les coups de pied ou de poing lancés dans le vide, la pression et la percussion directe des os, etc.

ligature (*Progrès médical,* 9 octobre 1886, p. 835). Sur les 70 sujets soumis aux expériences de M. Berbez, il y avait 27 hommes et 43 femmes. La contracture s'est manifestée sur 19 hommes et sur 33 femmes.

[1] Voir à ce sujet :

Ballet et Delanef, *Gazette médicale de Paris,* 1882.

Brunet, *Étude clinique et pathologique de l'état d'opportunité de contracture.* Th. doct., Paris, 1883.

[2] Pierre Descubes, *Études sur les contractures provoquées, chez les hystériques à l'état de veille.* Th. doct., Bordeaux, 1885.

Enfin, les *excitations psychiques* correspondent aux différents modes de suggestion à l'état de veille.

Tous ces procédés ne sont pas également efficaces ou, pour parler plus exactement, il existe des différences individuelles par le fait desquelles certains sujets sont plus sensibles que d'autres à tel ou tel agent provocateur. Certains malades, par exemple, font très facilement des contractures à la suite des excitations cutanées ou musculaires et restent indifférents aux suggestions. On observe même quelquefois des nuances plus délicates. C'est ainsi que deux de nos hystériques résistent aux suggestions impératives, tandis qu'elles obéissent très bien aux suggestions par persuasion. Vous devez vous rappeler que nous avons constaté des phénomènes tout à fait analogues quand nous avons étudié ensemble les modifications expérimentales de l'anesthésie hystérique (XIII[e] leçon, p. 164).

Avant d'aller plus loin, je voudrais vous montrer combien il est facile de mettre en évidence la diathèse de contracture par quelques-uns des procédés dont il vient d'être question.

Voici une de nos malades, Marie F..., dont la motilité est, en apparence du moins, tout à fait normale; elle se sert, sans aucune gêne, de tous ses membres; elle fait avec précision et énergie tous les mouvements volontaires qu'on la prie d'exécuter. Mais c'est une hystérique, et une hystérique en état d'imminence de contracture. Par conséquent, nous pourrons rompre quand nous le voudrons l'équilibre instable qui assure le fonctionnement régulier de son système neuro-musculaire.

Voyez plutôt :

Je saisis sa main droite et j'imprime, par un vigoureux *shake-hand,* un choc brusque à son membre supérieur droit. Cela suffit. Les muscles du membre qui a subi la secousse sont fortement contracturés. La malade ne peut plus se servir de son bras; il est devenu tout à coup « raide comme un morceau de bois ».

Les muscles de la tête et du cou et ceux des autres membres ont conservé leur élasticité et leur contractilité normales. Rien de plus facile que de les mettre, eux aussi, en état de rigidité :

J'exerce une traction énergique sur le membre supérieur gauche et le voilà devenu aussi raide que son congénère du côté opposé;

J'ordonne à la malade de tourner son visage vers le côté gauche, et pendant qu'elle s'efforce d'accomplir cet ordre, j'en empêche l'exécution en retenant, avec les mains, la tête du sujet dans une position

fixe. Que résulte-t-il de cet obstacle passif au raccourcissement contractile des muscles du cou? Un torticolis spasmodique, une contracture énergique et persistante des muscles rotateurs de la tête, particulièrement du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, qui a été le plus fortement tendu dans l'expérience.

Enfin, je dis à Catherine L..., qui est très sensible aux suggestions à l'état de veille : « Vos jambes vont se contracturer comme vos bras; elles deviennent rigides; vous ne pouvez plus vous en servir, » et la contracture s'établit, en effet, dans ses deux membres inférieurs (voyez Planche I, fig. 3).

Voilà comment, en suivant les indications fournies par MM. Brissaud et Ch. Richet, on peut, sans beaucoup de peine, établir un diagnostic rapide; car le fait seul d'avoir réussi à provoquer de pareilles rigidités musculaires par de pareils procédés, est un symptôme véritablement pathognomonique de l'hystérie.

III

Essayons de pénétrer plus avant dans l'analyse du mécanisme qui préside à la production des contractures expérimentales.

La malade qui va nous servir tout d'abord de sujet de démonstration est la nommée Paule C..., hystérique invétérée, sujette à de grandes attaques convulsives et, de plus, affectée d'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle typique du côté droit.

Je découvre son avant-bras gauche (côté sensible) et je souffle légèrement pendant quelques secondes sur la peau de la face palmaire de cet avant-bras. Petit à petit ses muscles deviennent rigides... Les articulations des doigts, du poignet, du coude, sont déjà immobilisées par la contracture... Je continue à souffler sur le même point et la rigidité s'étend aux muscles de l'épaule. Elle se généraliserait très vite à tous les muscles du corps, si nous prolongions encore l'excitation (Pl. I, fig. 1 et 2).

Remarquez en passant que le membre supérieur droit de notre malade est resté dans la position dans laquelle il était placé avant d'être envahi par la contracture. Les doigts et le coude, qui étaient dans la demi-flexion au début de l'expérience, sont encore à demi-fléchis; le poignet qui était dans l'extension est encore étendu. Cela prouve que la contracture ne s'accompagne pas nécessairement d'un raccourcissement notable des fibres musculaires. Les

muscles qui se contracturent deviennent durs, rigides, résistant aux efforts d'extension passive, sans changer pour cela de longueur et sans modifier la position des leviers osseux sur lesquels ils s'insèrent. C'est là une des raisons sur lesquelles s'appuie l'opinion des auteurs qui considèrent la *contraction et la contracture musculaires* comme deux phénomènes différents. Il y en a plusieurs autres. On sait, par exemple, que les muscles contracturés conservent leur excitabilité et se contractent comme des muscles normaux sous l'influence des excitations électriques ou mécaniques. On sait aussi que les muscles contracturés sont plus froids que les muscles contractés. Enfin, MM. Brissaud et Regnard ont constaté, en explorant le bruit musculaire à l'aide du microphone, que les muscles contractés produisent un bruit de roulement régulier et sonore, tandis que les muscles contracturés donnent un bruissement faible et inégal [1].

Mais revenons à l'analyse des conditions de production des contractures.

L'expérience dont vous venez d'être témoins a été pratiquée sur un membre dont la peau jouissait de sa sensibilité normale. Il n'est pas sans intérêt de savoir si elle donnerait les mêmes résultats dans le cas où l'excitation provocatrice serait appliquée sur des parties anesthésiques des téguments.

Rien de plus facile que de s'en assurer, puisque notre malade est hémianesthésique.

Constatons d'abord qu'elle ne sent ni les contacts, ni les piqûres, ni les pincements sur l'avant-bras droit. Cela fait, soufflons légèrement sur cet avant-bras comme nous l'avons fait sur l'autre... La solution de la question posée ne se fait pas attendre. Voilà, en effet, la contracture établie dans tout le membre supérieur droit.

Conclusion : il n'est pas nécessaire que les excitations cutanées soient perçues pour qu'elles déterminent des contractures musculaires. Je dois ajouter à ce sujet que, chez un bon nombre d'hystériques hémianesthésiques, les contractures consécutives aux excitations superficielles de la peau se produisent plus facilement du côté insensible que du côté sensible; quelquefois même, on ne peut déterminer la contracture que par l'excitation du côté anesthésique. Je vous montrerai tout à l'heure une malade qui se trouve dans ce cas.

Quelque faibles que soient les effets mécaniques de l'insufflation

[1] Brissaud et Regnard, *Société de biologie*, 1876.

légère de la peau, on pourrait supposer que la pression produite par le souffle se transmet aux muscles sous-jacents et détermine leur contracture par le fait de l'excitation physique de leurs fibres. Mais voici une expérience qui doit faire rejeter cette hypothèse : Je frôle très légèrement une dizaine de fois, avec un bout de papier roulé, la face antéro-interne de la jambe droite de notre malade, en ayant soin de ne toucher la peau que dans les points où elle recouvre directement le tibia. Sous cette influence, les muscles de la jambe se contracturent tout aussi énergiquement que si nous avions agi sur la peau du mollet. L'effet musculaire produit est donc bien le résultat de l'excitation de la peau elle-même, et non des muscles sous-jacents, puisqu'à ce niveau il n'y a pas de muscles sous-jacents.

Or, il n'existe pas (chez les animaux supérieurs du moins) d'appareil nerveux reliant directement la peau aux muscles. Pour qu'une excitation limitée à la peau arrive à provoquer une réaction musculaire, il faut nécessairement qu'elle soit transmise à la moelle épinière par l'intermédiaire des nerfs centripètes, qu'elle se réfléchisse dans la moelle et qu'elle atteigne les muscles par l'intermédiaire des nerfs centrifuges. Il faut, en d'autres termes, qu'elle suive les voies ordinaires des réflexes, et que les centres nerveux interviennent dans le mécanisme de leur production.

Cette intervention des centres nerveux est déjà rendue très vraisemblable par le fait de la généralisation rapide des contractures à la suite des excitations prolongées d'un point limité du corps. L'expérience que nous allons faire la mettra, si je ne me trompe, au-dessus de toute contestation.

Je vous disais tout à l'heure que, chez un certain nombre d'hystériques hémianesthésiques, la contracture pouvait être facilement provoquée par l'excitation de la peau du côté anesthésié, tandis qu'il était impossible de la produire par l'excitation de la peau du côté normalement sensible. Thérèse C... est une des deux malades sur lesquelles j'ai constaté depuis longtemps cette particularité. Je passe légèrement et à plusieurs reprises la pulpe des doigts sur la peau de son avant-bras droit (côté sensible), et il ne se produit aucune rigidité musculaire. Je répète la même manœuvre sur la peau de l'avant-bras gauche (côté anesthésique), et la contracture s'établit rapidement dans les muscles du membre correspondant. Jusque-là il n'y a rien qui soit de nature à éclairer la solution du problème que nous étudions. Mais continuons à exciter la peau de

cet avant-bras gauche. Voilà la contracture qui s'étend aux muscles du cou, du visage, du membre inférieur gauche, et finalement se généralise à tous les muscles du corps, aussi bien à ceux du côté droit qu'à ceux du côté opposé. Or, il est ici tout à fait impossible de supposer que le frôlement de la peau de l'avant-bras gauche a agi *mécaniquement* sur les muscles du côté droit, puisque la même excitation directement appliquée sur les membres du côté droit ne détermine aucune espèce de réaction musculaire appréciable. Tout s'explique, au contraire, si l'on admet que l'excitation s'est transmise aux centres médullaires et qu'elle s'est propagée dans leur intérieur, d'après les lois connues de l'extension et de la généralisation des réflexes.

Est-ce à dire que la contracture soit un phénomène réflexe ordinaire? Nullement. Les actes réflexes vulgaires succèdent immédiatement à des excitations provocatrices, mais ils ne leur survivent pas; une réaction motrice répond directement à une sollicitation sensitive, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'une nouvelle cause vienne produire un nouvel effet. La contracture, au contraire, persiste après que l'excitation qui lui a donné naissance a disparu. Elle naît bien sous l'influence d'une sollicitation extérieure, mais elle ne se dissipe pas quand la cause qui l'a provoquée a cessé d'agir. Il ne faut donc pas la considérer comme un acte réflexe simple, mais bien comme le résultat d'un changement d'état durable, produit par voie réflexe, dans l'excitabilité des centres médullaires. Il est à peine besoin d'ajouter que le point de départ du réflexe modificateur peut être dans la peau, dans les muscles, dans les tissus ostéo-fibreux ou dans l'encéphale.

IV

J'ai quelque remords de m'entretenir tranquillement avec vous des problèmes de physiologie pathologique que soulève l'étude des contractures, en ayant sous les yeux le spectacle des infirmités que nous avons provoquées. Il est vrai que nos malades ne souffrent pas beaucoup, car la rigidité musculaire ne cause pas, par elle-même, de douleurs aiguës; mais leurs membres sont le siège de sensations désagréables de tiraillement et, de plus, ils sont immobilisés dans des positions incommodes.

Nous sommes heureusement en mesure de guérir le mal que

nous avons fait, à la condition toutefois que nous n'attendions pas trop longtemps. Il semble, en effet, que l'état pathologique des centres nerveux dont dépend la rigidité spasmodique des muscles soit d'autant plus difficile à modifier qu'il dure depuis plus longtemps. Abandonnées à elles-mêmes, les contractures que nous avons provoquées persisteraient indéfiniment, et peut-être que dans quelques jours nous ne pourrions plus les faire disparaître à notre gré. J'ai laissé durer une fois pendant quarante-huit heures une contracture expérimentale du membre supérieur. Au bout de ce temps, la rigidité était aussi forte qu'au début de l'expérience; rien ne paraissait changé dans ses caractères; néanmoins j'eus bien plus de peine à la faire cesser que je n'en avais d'ordinaire à dissiper les contractures récentes chez la même malade. Je n'y aurais peut-être pas réussi si j'avais attendu deux ou trois jours de plus.

Les procédés qu'on peut employer pour dissiper les contractures expérimentales sont assez nombreux.

Quand la rigidité est localisée à un membre ou à un segment de membre, on réussit ordinairement très bien à la faire disparaître par l'insufflation brusque et répétée de la peau de ce membre, par le massage ou la malaxation de ses masses musculaires, ou enfin par le pincement des tendons d'insertion des muscles contracturés. Exemple : Je souffle brusquement et à plusieurs reprises sur l'avant-bras droit et sur le cou de Marie F... Après quatre ou cinq insufflations, les muscles du membre supérieur droit et du cou ont repris leur élasticité normale. Je malaxe fortement pendant quelques secondes les muscles de l'avant-bras du côté opposé, et la rigidité se dissipe petit à petit dans le membre correspondant.

Les mêmes manœuvres appliquées aux membres inférieurs sont suivies de résultats identiques; elles font cesser en quelques instants la contracture de ces membres.

Il est intéressant de constater que des excitations de même nature peuvent déterminer des effets absolument opposés, selon qu'elles sont fortes ou faibles. Ainsi, l'insufflation légère et le frôlement superficiel de la peau provoquent des contractures que l'insufflation brusque ou les frictions énergiques font disparaître.

Lorsque la contracture est généralisée ou étendue à un grand nombre de groupes musculaires, on peut la faire cesser d'un seul coup, dans tout le corps, par la suggestion, par la provocation

d'attaques convulsives, par la compression ovarienne ou par l'excitation de la peau du creux épigastrique.

La suggestion agit merveilleusement quand elle s'adresse à des sujets suggestibles; elle n'est donc pas applicable à tous les malades. Il en est de même de la provocation d'attaques convulsives par la pression des zones spasmogènes; c'est un procédé très efficace, mais seulement quand il existe des zones spasmogènes facilement excitables.

La compression ovarienne fait quelquefois disparaître les contractures récentes dans la moitié du corps correspondante à l'ovaire comprimé. Si la contracture est généralisée aux quatre membres, il faut alors comprimer simultanément ou successivement les deux ovaires pour en débarrasser totalement les malades. Chez quelques sujets cependant, la compression d'un seul ovaire agit à la fois sur les contractures des deux côtés du corps. C'est ainsi que se passent les choses chez Thérèse C... Je presse fortement le flanc gauche de cette malade, et tout à coup ses muscles se détendent et reprennent leur élasticité, aussi bien ceux du côté droit que ceux du côté gauche.

La compression de la région épigastrique, ou plus simplement l'insufflation brusque sur la peau de l'épigastre, est un moyen à la fois plus simple et plus commode que les précédents. Son efficacité est tout à fait remarquable. Nous allons en faire l'expérience sur Catherine L... Je souffle brusquement sur son creux épigastrique, et subitement les contractures qui raidissaient les quatre membres de cette malade se dissipent comme par enchantement. Je ne crois pas qu'il existe de procédé plus énergique, et j'ai rencontré jusqu'à présent très peu de sujets qui ne fussent pas sensibles à son action.

Ainsi que vous avez pu en juger par les expériences précédentes, il n'y a aucun rapport constant et nécessaire entre la nature des causes d'une contracture déterminée et la nature des agents susceptibles de faire disparaître cette même contracture. Les rigidités musculaires provoquées, par exemple, par des excitations cutanées, peuvent être supprimées indifféremment par d'autres excitations cutanées ou par des excitations musculaires, ou par des excitations psychiques, et inversement, des rigidités développées sous l'influence des suggestions peuvent être guéries par des suggestions en sens contraire ou par des manœuvres externes.

V

Je ne vous ai pas encore parlé de l'influence qu'exercent sur les contractures expérimentales l'*ischémie des membres*, l'*aimantation* et les *applications métalliques*. Il est temps de vous en dire quelques mots.

MM. E. Brissaud et Ch. Richet ont observé que lorsqu'on enroule méthodiquement une bande élastique autour d'un membre contracturé, les muscles sous-jacents perdent, après quelques minutes (de cinq à dix, selon le degré de la compression), leur rigidité; tant que l'anémie artificielle persiste, ils restent flaccides; aussitôt que la bande est enlevée et que le sang recommence à affluer dans les vaisseaux, ils redeviennent rigides comme ils l'étaient au début de l'expérience. La signification de cette série de phénomènes est facile à comprendre si l'on se rappelle que la contracture est un effet dont la cause réside dans la moelle épinière. En anémiant le muscle on modifie sa nutrition au point de le rendre inapte à se maintenir en état de rigidité, mais on n'agit pas pour cela sur les centres nerveux; aussi la contracture reparaît-elle dès que le muscle a repris ses propriétés physiologiques. L'expérience suivante, due à M. Charcot, confirme cette interprétation. On applique une bande d'Esmarch sur un membre hystérique non contracturé, et quand les muscles sous-jacents sont bien anémiés, on les soumet aux causes d'excitation qui révèlent d'ordinaire la diathèse de contracture. Il se passe alors ce phénomène curieux que les muscles excités restent flasques tant que dure l'anémie du membre, et qu'ils entrent en état de rigidité aussitôt après que la bande a été enlevée.

L'aimantation produit des effets très complexes. Nous l'avons comptée au nombre des agents susceptibles de provoquer les contractures expérimentales. Chez quelques sujets, en effet, elle détermine des rigidités musculaires tout à fait semblables à celles que provoquent les excitations légères et limitées de la peau. Mais elle doit figurer aussi parmi les agents modificateurs les plus puissants des contractures provoquées. Quand ces contractures sont unilatérales, elle peut les transférer d'un côté à l'autre, ainsi que cela a été constaté pour la première fois sur une malade du service de M. Charcot dont l'histoire a été publiée en 1878 par

M. R. Vigouroux [1]. Dans ce cas, la contracture siégeait sur le poignet gauche. L'application de l'aimant sur le membre contracturé ne donnait lieu à aucun changement appréciable. Au contraire, son application sur l'avant-bras du côté opposé provoquait le transfert de la contracture de gauche à droite. Une fois même, ayant appliqué l'aimant sur la jambe droite, M. Vigouroux constata que la rigidité musculaire pouvait être transportée sur ce membre.

Le transfert, par l'aimantation, des contractures expérimentales localisées, se produit, chez quelques hystériques, avec une grande facilité; mais, chez beaucoup d'autres, il est impossible de le provoquer. Les effets de l'aimant sont, du reste, très variables d'un malade à l'autre. Dans quelques cas, il ne modifie pas les contractures préexistantes, parfois il les transfère, quelquefois aussi il les généralise, et les causes de ces différences d'action nous échappent encore totalement.

Les applications métalliques, faites d'après la méthode de Burq, sur les membres contracturés dissipent, dans certains cas, en quelques minutes, la rigidité des muscles sous-jacents. Il ne s'agit pas là d'une action locale, analogue, par exemple, à celle que détermine l'ischémie, car la contracture ne se reproduit pas spontanément après que le métal a été enlevé.

Chez les malades sensibles à l'influence de plusieurs substances métalliques, il n'y a habituellement qu'un ou deux métaux qui agissent sur les contractures. L'action exercée sur les muscles est donc indépendante de l'action exercée sur la sensibilité, ou, en d'autres termes, la disparition des contractures n'est pas nécessairement liée aux modifications esthésiogéniques. Parfois, les deux phénomènes marchent de pair; mais, dans un bon nombre de cas, la sensibilité est rappelée ou transférée sans que la contracture soit modifiée, et *vice versa*. A propos du transfert, je dois ajouter que dans les expériences que j'ai faites jusqu'à ce jour, je n'ai jamais vu de contractures unilatérales transportées d'un côté à l'autre par l'action des métaux, et que je n'ai pas souvenir que d'autres observateurs aient été plus heureux.

[1] Romain Vigouroux, *Contracture hystérique du poignet gauche. Traitement par la production artificielle répétée d'une contracture du poignet droit. Disparition de la contracture primitive. Applications variées de l'électricité* (*Progrès médical*, 1878).

TRENTIÈME LEÇON

DES CONTRACTURES HYSTÉRIQUES SPONTANÉES

SOMMAIRE

I. Causes occasionnelles des contractures hystériques dites spontanées.

II. Caractères cliniques. Symptômes essentiels: rigidité musculaire, impotence fonctionnelle; symptômes accessoires: troubles sensitifs, trophiques, vaso-moteurs.

III. Diagnostic des contractures hystériques.

IV. Pronostic et traitement.

Messieurs,

Entre les *contractures hystériques artificiellement provoquées* dont nous nous sommes occupés dans la leçon précédente, et *les contractures hystériques dites spontanées* qui feront l'objet de la leçon d'aujourd'hui, il n'y a pas de différences essentielles. Toutes deux résultent d'une même modification primordiale dans l'excitabilité des centres nerveux; leur symptomatologie, leur pathogénie, leur traitement sont identiques. Les analyses expérimentales que nous avons pratiquées à propos des premières nous faciliteront beaucoup l'étude des secondes; elles nous permettront de comprendre des particularités dont l'observation pure nous aurait difficilement fourni l'explication.

I

Les contractures dites *spontanées* des hystériques surviennent habituellement dans l'une des trois circonstances suivantes: ou bien à la suite d'une attaque convulsive, ou bien sous l'influence d'une émotion morale vive, ou bien en conséquence d'un traumatisme.

Les contractures *post-convulsives* sont très fréquentes. Quelques hystériques ont, après chacune de leurs attaques, des rigidités musculaires plus ou moins étendues qui se dissipent d'ordinaire, sans traitement, dans un laps de temps assez restreint, mais qui peuvent aussi s'installer à poste fixe pour des mois ou des années.

Les *émotions morales* figurent dans l'étiologie de la contracture hystérique comme dans celle de tous les accidents de la grande névrose. Une frayeur intense, une vive contrariété, une colère violente, un ébranlement psychique quelconque suffisent parfois pour déterminer, chez les sujets prédisposés, la rigidité permanente d'un ou de plusieurs muscles.

Mais ce sont surtout les *traumatismes* qui donnent lieu à la production des contractures hystériques. Il est à noter que ce ne sont pas les violences les plus fortes qui provoquent les rigidités musculaires les plus étendues et les plus tenaces. Il n'y a souvent aucun rapport entre l'intensité de la cause et celle de l'effet; un traumatisme insignifiant peut déterminer des contractures d'une désespérante ténacité. Beaucoup de faits cliniques démontrent l'exactitude de cette proposition : Brodie [1] a donné des soins à une jeune fille de dix à onze ans qui, après s'être piqué l'index gauche avec la pointe de ses ciseaux, eut une contracture douloureuse du membre supérieur correspondant. La rigidité gagna le masséter et le diaphragme. Elle fut exagérée par une opération chirurgicale et guérit spontanément, après avoir résisté à toutes sortes de traitements pendant deux années. Lasègue [2] raconte l'histoire d'une jeune fille de quatorze ans qui reçut, en jouant avec ses compagnes, quelques grains de sable dans l'œil. Il en résulta une contracture de l'orbiculaire qui dura quatre mois et se dissipa tout à coup au bout de ce laps de temps. Une enfant de douze ans, observée par le même auteur, eut une coxalgie hystérique, après avoir fait un faux pas dans un escalier. On la traita sans succès pendant trois mois. Au bout de ce temps, elle guérit subitement en arrivant sur le bord de la mer. M. Brunet [3] rapporte, dans sa thèse de doctorat, l'observation d'une hystérique du service de M. Charcot, âgée de seize ans, qui se blessa légèrement le dos

[1] Brodie, *Leçons sur les affections nerveuses locales,* trad. franç. par Douglas-Aigre. Paris, 1880.

[2] Lasègue, *Hystéries périphériques* (*Arch. gén. de méd.,* juin, 1878).

[3] Brunet, *Étude clinique et pathologique de l'état d'opportunité de contracture.* Th. doct., Paris, 1883.

de la main gauche en fermant une fenêtre. Aussitôt sa main se raidit et resta contracturée pendant plus d'un an, malgré tous les traitements employés.

Les contractures post-traumatiques sont précoces ou tardives.

Les premières succèdent immédiatement à l'excitation provocatrice : un soldat blessé pendant la bataille est pris instantanément d'une contracture des fléchisseurs des doigts telle que ses mains se crispent sur son fusil sans pouvoir le lâcher (Weir Mitchell).

Les secondes se développent une heure, un jour, une semaine après le traumatisme initial. Exemples : une jeune fille de dix-sept ans tombe sur le pouce de la main gauche; une heure après la main se contracture; quatre jours plus tard la rigidité gagne les muscles de l'avant-bras et du bras. — Un garçon de quinze ans s'entrave en courant et se contusionne le dos de la main droite; trois ou quatre jours après seulement, la main devient douloureuse et se contracture. — Un garçon de seize ans tombe du haut d'une échelle et se fait une entorse à l'articulation tibio-tarsienne; la douleur immédiate s'apaise rapidement; trois jours après, douleurs fessières et rachidiennes suivies de contracture des muscles de la fesse, de la cuisse et de la jambe [1].

Les contractures hystéro-traumatiques [2] surviennent assez souvent chez des sujets chez lesquels l'hystérie ne s'est jamais manifestée par des accidents à grand fracas et pourrait, par conséquent, être très facilement méconnue si on n'en recherchait avec soin les stigmates révélateurs. Je pourrais vous citer plusieurs exemples confirmant cette proposition. En voici un que j'emprunte à M. Debove [3] : Un homme de trente-cinq ans, forgeron, a, à la suite d'une brûlure superficielle de la face postéro-externe de l'avant-bras et du poignet, une contracture intense de la main gauche. Cette contracture persiste pendant cinq mois et guérit après une élongation du nerf médian. Le malade qui en était porteur n'avait jamais eu d'accidents névropathiques notables. Cependant c'était un hystérique, car en l'examinant attentivement on s'aperçut qu'il avait une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche et un rétrécissement concentrique des champs visuels.

[1] Cas empruntés à Dubreuil et cités par Lathoult, *Des spasmes traumatiques*. Th. doct., Paris, 1880.

[2] Voyez, comme types de ces contractures dites *réflexes*, les cas présentés en 1877 à la Société de chirurgie par MM. Terrier et Duplay (*Bull. Soc. de chir.*, octobre 1877).

[3] Debove, *De l'hystérie fruste, principalement chez l'homme* (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1882).

II

Les contractures hystériques peuvent siéger sur tous les muscles de la vie de relation. Elles atteignent même peut-être quelquefois les fibres musculaires de la vie végétative.

Dans certains cas, elles restent limitées à un muscle ou à un groupe musculaire isolé; dans d'autres, elles s'étendent à un ou plusieurs membres, affectant indifféremment dans leur distribution les types monoplégique, hémiplégique, paraplégique ou alterne. Parfois, elles se généralisent à tous les muscles volontaires du corps.

Il est à peine besoin de dire que les incommodités qu'elles déterminent varient avec leur siège et leur extension. La contracture de l'orbiculaire des paupières est suivie de l'occlusion permanente de l'œil; celle des muscles du cou donne lieu au torticolis; celle des péroniers ou des gastro-cnémiens provoque des attitudes vicieuses du pied, etc.

Dans tous les cas, les symptômes essentiels de la contracture hystérique sont très simples et ne diffèrent pas de ceux que nous avons déjà constatés quand nous nous sommes occupés des contractures expérimentales. Pour vous mettre en mesure de les étudier sur nature, j'ai fait venir à l'amphithéâtre une de nos malades, Pauline T..., qui est atteinte, depuis une huitaine de jours, d'une rigidité permanente du membre supérieur gauche. Cet accident est survenu à la suite d'une attaque convulsive dont l'évolution n'a présenté aucune particularité saillante. Avant cette attaque, Pauline T... se servait, sans aucune gêne, de tous ses membres; aussitôt après, elle s'est aperçue que son bras gauche était raide et qu'elle ne pouvait plus lui imprimer aucun mouvement. Depuis lors, la contracture ne s'est pas modifiée.

Le membre malade est appliqué le long du corps. L'avant-bras et le poignet sont dans l'extension forcée; les doigts sont fléchis dans la paume de la main. Si l'on cherche à écarter brusquement le bras du tronc, on éprouve une résistance anormale, comme si toutes les jointures étaient ankylosées, et quand on cesse la traction, le bras revient brusquement à sa position primitive, comme s'il était mû par un ressort.

On peut cependant arriver, par un effort soutenu, à surmonter

la rigidité des articulations, à fléchir, par exemple, l'avant-bras sur le bras, et quand on y a réussi, les jointures restent dans la position nouvelle qu'on leur a donnée. Les mouvements volontaires sont complètement abolis. Les muscles contracturés sont durs, fermes; ils donnent à la palpation une sensation de résistance élastique toute particulière; ils ne forment cependant pas sous la peau des saillies très volumineuses. Ils n'ont pas perdu leur aptitude à se contracter sous l'influence des excitations électriques ou mécaniques. Le phénomène de la contraction idio-musculaire s'y produit comme sur des muscles normaux.

Ajoutons que la malade n'éprouve pas de douleurs spontanées (elle est, du reste, hémianesthésique gauche), mais qu'elle se plaint d'une sensation pénible de tiraillement quand on cherche à déplacer de force les divers segments du membre malade.

Tels sont, Messieurs, les symptômes essentiels de la contracture hystérique. Dans la plupart des cas, ils existent seuls; dans les autres, ils sont accompagnés par des troubles sensitifs, trophiques ou vaso-moteurs, qui doivent être considérés comme des complications accidentelles et non pas comme des symptômes de l'affection fondamentale.

Il importe de bien connaître ces complications possibles et de se tenir en garde contre les erreurs de diagnostic qu'elles pourraient éventuellement occasionner. Parmi elles, il convient surtout de signaler l'hyperalgésie articulaire, l'atrophie des muscles et l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané.

L'*hyperalgésie articulaire* coexiste fréquemment avec la contracture hystérique. Les deux phénomènes, douleur et contracture, paraissent alors si intimement associés qu'on peut se demander s'ils ne sont pas subordonnés l'un à l'autre, si la contracture n'est pas causée par la douleur et si celle-ci n'est pas la conséquence d'une lésion primitive des articulations. La question se pose assez souvent dans les cas de gonalgie et de coxalgie hystériques. Pour la résoudre, il suffit, en général, d'explorer attentivement les jointures endolories, après avoir anesthésié les malades avec le chloroforme.

L'*atrophie musculaire* des membres atteints de contracture hystérique n'est pas très rare. Elle se développe parfois assez rapidement pour être déjà très appréciable trois ou quatre semaines seulement après l'apparition de la rigidité des muscles. Elle se traduit à l'œil par une diminution notable des masses musculaires

des membres contracturés. La nommée Élisabeth M... en offre un exemple très net. Cette malade est atteinte depuis sept mois d'une contracture hystérique du membre supérieur gauche et des deux membres inférieurs. Notez, en passant, ce mode de distribution des contractures : sans être tout à fait spécial à l'hystérie, il y est cependant plus fréquent que dans les affections organiques des centres nerveux.

La rigidité musculaire paraît avoir débuté à la suite d'une chute. Elle s'est développée d'abord dans le membre supérieur gauche et s'est étendue ensuite aux membres inférieurs.

Peu de temps après son installation, Élisabeth M..., qui avait autrefois, dit-elle, de très beaux mollets, constata que ses jambes maigrissaient considérablement. En réalité, la saillie des gastro-cnémiens a presque totalement disparu et les jambes ont une forme cylindrique, disgracieuse, très différente de leur forme normale. L'amaigrissement existe également, mais à un moindre degré, dans les muscles de l'avant-bras gauche; à trois travers de doigt au-dessous du pli du coude, la mensuration donne une différence de deux centimètres et demi en faveur du côté droit.

Malgré leur émaciation, les muscles des jambes et de l'avant-bras gauche de notre malade ont conservé leur excitabilité. Ils se contractent sous l'influence de la percussion et se tétanisent énergiquement quand on les soumet à des courants faradiques assez intenses; la formule de leurs réactions aux courants galvaniques est tout à fait normale; il n'y a pas de trace de réaction de dégénérescence. Tout cela prouve que la structure de ces muscles n'est pas gravement altérée et que leurs propriétés physiologiques sont encore intactes.

C'est, du reste, ainsi que se passent habituellement les choses [1], et c'est parce qu'elles se passent de cette façon que l'atrophie des muscles n'aggrave pas notablement le pronostic des contractures hystériques. Quand la contracture cesse, les muscles retrouvent

[1] Voyez sur cette question des atrophies musculaires compliquant les contractures ou les paralysies hystériques :

Babinsky, *Progrès médical*, 1886, et *Archives de neurologie*, 1886, t. XII, n°s 34 et 35.
Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III.
Massalongo, *L'atrofia moscolare nelle paralisi isteriche*. Napoli, 1886.
Leroux, *Journal des connaissances médicales*, 1886, p. 107.
Brissaud, *Archives de physiologie*, 1887, p. 338.
Blocq, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888, t. I, p. 35.
Ballet, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 28 juin 1889.
Debove, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 octobre 1889.
Gilles de La Tourette et Dutil, *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1889, t. II, p. 251.

tout de suite leur contractilité. Ils reprennent ensuite, avec une surprenante rapidité, leur volume normal; en quelques semaines, les dépressions se comblent, les saillies se reforment et les membres redeviennent tels qu'ils étaient avant la maladie.

L'œdème des membres contracturés est moins commun que l'atrophie musculaire. Il est parfois blanc et mou comme l'œdème cachectique; d'autres fois il se présente avec toutes les apparences extérieures de l'œdème inflammatoire, phlegmoneux. Nous en avons eu sous les yeux, dans le service, un très remarquable exemple dont je vais vous rapporter les détails :

Observation I. — *Œdème hystérique du poignet et de la main.* — Le 2 février 1885, Amélie H..., en traitement dans nos salles pour des accidents hystériques (anesthésie cutanée générale, attaques convulsives, etc.), glissa sur le plancher et dans sa chute se fit à la face dorsale de l'avant-bras gauche une petite écorchure sans gravité qu'on pansa, quelques instants après, avec de la gaze phéniquée. Le lendemain, on constata que la main et l'avant-bras gauches étaient contracturés et fortement œdématiés. En même temps, la malade se plaignait de ressentir dans tout le membre supérieur gauche des douleurs lancinantes très aiguës qui, partant du creux axillaire, allaient s'épanouir dans le dos de la main. Ces symptômes persistèrent sans atténuation pendant une quinzaine de jours. L'œdème devint considérable; il se forma même une phlyctène du volume d'une amande au niveau du deuxième espace inter-métacarpien. La peau était rosée, lisse, tendue, chaude comme dans les tuméfactions inflammatoires. Quant à la petite écorchure de l'avant-bras, elle marchait rapidement vers la guérison.

La malade demandant avec instances qu'on pratiquât une incision sur le dos de la main pour la débarrasser de ces douleurs, je priai M. Demons de l'examiner. Il fut d'avis que l'œdème ne dépendait pas de la plaie de l'avant-bras, qu'il n'existait pas de suppuration profonde et qu'en somme il n'y avait pas lieu d'intervenir chirurgicalement. Cependant, trois jours après, comme l'œdème ne diminuait pas et que la malade continuait à nous supplier de lui donner un coup de bistouri, nous nous décidâmes à satisfaire ses désirs. Une incision de trois centimètres de longueur fut pratiquée sur le dos de la main; elle donna issue à une abondante quantité de sérosité limpide, et dès le lendemain l'œdème, les douleurs lancinantes, la contracture avaient presque totalement disparu. Huit jours plus tard, la guérison était complète.

Cet œdème hystérique aigu est rare. Je ne me souviens pas d'en avoir observé d'autres cas. MM. Weir-Mitchell, Damaschino, Charcot en ont vu quelques exemples que vous trouverez réunis dans un mémoire récent de MM. Gilles de La Tourette et Dutil [1].

[1] *Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie* (*Nouvelle Iconographie photographique de la Salpêtrière,* 1889, t. II, p. 251).

III

Le diagnostic des contractures hystériques est, en général, très facile. Neuf fois sur dix il s'impose avec toute la force de l'évidence. Quelquefois cependant il se présente des enchaînements de circonstances qui peuvent mettre le médecin dans l'embarras ou tout au moins l'obliger à établir un diagnostic par exclusion. On procédera alors avec méthode en se basant sur les principes suivants :

Les contractures hystériques appartiennent au groupe des contractures dites *spasmodiques* ou *neuropathiques,* c'est-à-dire qu'elles dépendent d'un trouble dans l'excitabilité des centres médullaires, non d'une altération du tissu musculaire. Aussi disparaissent-elles momentanément quand on abolit l'excitabilité de la moelle épinière par l'absorption des anesthésiques (chloroforme, éther, etc.) ou, simplement, quand on supprime le tonus musculaire par l'anémie locale des membres, tandis que les rigidités *myopathiques,* qui sont causées par des lésions organiques des muscles, ne sont modifiées ni par l'ischémie locale ni par les anesthésiques généraux.

En conséquence, toutes les fois qu'une contracture résistera à l'application de la bande d'Esmarch ou qu'elle persistera pendant le sommeil chloroformique, vous en conclurez qu'elle n'est pas due à une perturbation antécédente des centres nerveux et qu'elle n'est pas hystérique. Toutes les fois, au contraire, qu'une contracture disparaîtra sous l'influence de l'anesthésie générale ou de l'ischémie locale, vous en déduirez qu'elle est d'origine neuropathique, et que dès lors elle peut être hystérique.

Elle peut l'être, mais elle ne l'est pas sûrement, car le groupe des contractures neuropathiques comprend, indépendamment des contractures hystériques, les contractures liées à des altérations organiques des centres nerveux et les contractures dites réflexes ou d'origine périphérique.

Aussi, avant d'affirmer le diagnostic, il faudra vous assurer que, dans l'espèce, la rigidité musculaire ne peut être rattachée ni à une affection organique du système nerveux ni à une lésion périphérique susceptible de provoquer des contractures réflexes.

Dans la plupart des cas cela ne présente pas de grandes difficultés : l'étude des antécédents des malades et du mode de début de

l'affection, suivie de l'examen attentif des régions contracturées, donne des résultats suffisamment précis pour ne laisser aucun doute dans l'esprit du clinicien. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et je veux vous citer quelques exemples des erreurs qui peuvent être commises en pareil cas.

Voici un malade chez lequel des contractures hystériques généralisées ont été confondues pendant quelques jours avec un tétanos traumatique. Son histoire peut être résumée en quelques mots :

Obs. II. — *Contracture hystérique post-opératoire simulant le tétanos.* — Car..., âgé de vingt-quatre ans, peintre en bâtiments, fils d'un père alcoolique et d'une mère hystérique, a eu en 1886 un chancre phagédénique du prépuce, dont la cicatrisation vicieuse a déterminé un phimosis très étroit. Quand le chancre fut guéri, on voulut opérer le phimosis. Le malade s'y refusa tout d'abord. Il redoutait beaucoup de se soumettre à une opération et cherchait toutes sortes de mauvais prétextes pour s'y soustraire. Enfin, au mois de février 1887, il se décida. On l'endormit avec du chloroforme et on lui coupa le prépuce. Dans la journée, il fut agité et eut même un peu de délire. Le soir, il eut des convulsions et le lendemain matin, à la visite, on le trouva avec une contracture généralisée des quatre membres, des mâchoires, du cou et du tronc. On pensa tout de suite au tétanos traumatique et on institua le traitement en conséquence. On crut même trouver la cause de ce tétanos dans ce fait qu'on avait employé du crin de cheval pour les sutures. Pendant deux jours, l'état du malade inspira de sérieuses inquiétudes, puis tout à coup les accidents s'apaisèrent, et huit jours après la guérison était complète. Le cas parut à ce moment-là fort extraordinaire. En réalité, il me semble fort simple depuis que nous avons eu l'occasion d'examiner le malade. Car... est, en effet, un hystérique invétéré. Il présente des stigmates sensitivo-sensoriels non douteux; il est hémianesthésique gauche, ses champs visuels sont rétrécis concentriquement, il a de la dyschromatopsie; bref, il s'agit là d'un cas typique d'hystérie saturnine, et l'on peut tenir pour certain que les accidents qui se sont produits après la circoncision n'étaient autre chose que des accidents hystériques méconnus.

Une erreur plus fréquente est celle qui consiste à confondre les contractures hystériques avec les contractures dépendant de lésions organiques des centres nerveux.

J'ai été appelé, l'an dernier, auprès d'une jeune femme de dix-neuf ans qui, quelques jours après un accouchement naturel, avait été prise d'une contracture intense des deux membres inférieurs. La rigidité de ces membres avait été constatée au début de la convalescence des premiers accidents puerpéraux. La malade, très affligée de ce qu'on ne lui eût pas permis de nourrir son enfant,

était restée une dizaine de jours au lit. Quand elle avait voulu se lever, elle s'était aperçue que ses jambes était raides et qu'elle ne pouvait leur imprimer aucun mouvement volontaire. Les fonctions de la vessie et du rectum étaient normales; la sensibilité cutanée était conservée sur tout le corps; il n'y avait pas d'eschares; l'excitabilité électrique et mécanique des muscles était intacte.

Quand je vis la malade pour la première fois, la contracture existait depuis trois semaines. Aucun traitement ne l'avait amendée. La famille, composée de gens très exaltés, était dans la désolation et le médecin ordinaire entretenait ses inquiétudes, car il croyait fermement à l'existence d'une affection organique de la moelle épinière, d'une myélite d'origine puerpérale. Je ne partageai pas cette opinion. Il me paraissait impossible qu'une myélite eût pu donner lieu à une contracture aussi précoce et aussi intense, sans avoir compromis les fonctions de la vessie et du rectum, sans avoir provoqué des troubles trophiques, sans avoir même modifié, après trois ou quatre semaines d'existence, l'excitabilité des muscles. Je considérai comme beaucoup plus vraisemblable l'hypothèse d'une contracture hystérique, hypothèse que mon confrère repoussait très vivement parce que la malade n'avait jamais eu d'attaques de nerfs et parce qu'elle ne portait aucun des stigmates permanents de la grande névrose. Mais ce ne sont pas là, vous le savez, des raisons absolues. L'hystérie peut être mono-symptomatique. Elle peut se révéler tout à coup chez les sujets prédisposés, à l'occasion d'un chagrin ou d'un traumatisme, par un accident unique, isolé, extériorisant seul la diathèse cachée. C'était le cas chez la malade en question, ainsi que le prouva la suite des événements, car quelques jours après la consultation, la paraplégie disparut brusquement sans laisser de traces.

Vous avez vu récemment, dans le service de M. le professeur Demons, un exemple très instructif de ces hystéries mono-symptomatiques caractérisées uniquement par la rigidité permanente de quelques muscles. Voici le fait :

Obs. III. — *Contracture hystérique des muscles du pied.* — Mlle X..., âgée de quatorze ans, forte, vigoureuse, réglée depuis dix-huit mois et n'ayant jamais eu d'antécédents névropathiques, fit un jour un faux pas en courant dans un escalier. On la releva aussitôt, mais elle fut incapable de marcher. Son pied droit était déformé, rigide, fixé dans la position du pied-bot varus équin. Un médecin des environs (cela se passait à la campagne) essaya de

réduire de force la déformation, mais il ne put y réussir. Pensant alors qu'il y avait une luxation du tarse, il envoya la malade à l'hôpital Saint-André. Après examen, M. Demons reconnut que les os et les articulations du pied étaient intacts et que la déformation dépendait simplement de la contracture musculaire. Il nous pria d'examiner avec lui la malade. Nous recherchâmes avec le plus grand soin les stigmates révélateurs de l'hystérie sans pouvoir en découvrir aucun. La sensibilité cutanée était normale, les organes des sens ne présentaient aucun trouble, les champs visuels étaient normaux, il n'y avait pas de diathèse de contracture, la malade n'était pas hypnotisable, et cependant il s'agissait bien d'une contracture hystérique, car, trois mois après, la jeune fille guérit soudainement en apprenant la nouvelle de la mort de son grand-père qu'elle aimait beaucoup.

Les cas de ce genre ont une réelle importance clinique. Ils démontrent que le médecin ne doit pas attacher trop d'importance à l'absence des symptômes permanents de l'hystérie et qu'il doit considérer comme étant de nature hystérique toutes les contractures spasmodiques qui ne peuvent pas être expliquées par une lésion périphérique ou par une affection organique des centres nerveux.

IV

Le pronostic des contractures hystériques est exactement le même que celui des spasmes rythmiques. Dans les deux cas, on doit toujours compter sur la guérison, mais on ne peut jamais dire avec certitude à quel moment ni sous quelle influence elle surviendra. Telle contracture cédera du premier coup à l'emploi des moyens les plus simples; telle autre, qui sera restée immuable pendant des mois ou des années, malgré les interventions thérapeutiques les plus rationnelles, se dissipera brusquement après l'administration de quelque remède de charlatan ou à la suite d'une neuvaine, d'un pèlerinage ou d'une émotion morale quelconque. Le médecin doit s'attendre à ces surprises; il est même bon qu'il en annonce à l'avance la possibilité aux intéressés.

Pour ce qui concerne la direction à donner au traitement, il est bien difficile de tracer des règles de conduite applicables à tous les cas. En général, il conviendra de recourir tout d'abord aux procédés les plus simples, à l'insufflation sur la peau, à la malaxation ou à l'électrisation des muscles, à la compression des ovaires, à l'excitation du creux épigastrique, à la provocation d'attaques convulsives par l'excitation des zones spasmogènes.

Si ces procédés restent inefficaces, on devra essayer les applications métalliques qui ont donné à Burq de nombreux succès, ou l'aimantation, en suivant les indications données sur ce mode de traitement par M. Vigouroux. Chez les hystériques hypnotisables, on pourra tenter d'agir par voie de suggestion.

Enfin, quand tous les moyens précédents auront été épuisés sans résultats, on sera autorisé à recourir aux expédients de la thérapeutique d'imagination. Il ne faut pas oublier que toute émotion morale vive peut modifier brusquement le dynamisme du système nerveux central et dissiper des troubles fonctionnels persistant depuis longtemps. Une malade de M. Charcot vit disparaître tout à coup une contracture datant de quatre ans, à la suite d'une réprimande; une autre guérit soudainement après une vive contrariété; une troisième, qui n'avait pu sortir du lit depuis deux ans, se mit à marcher après avoir été accusée d'un vol. Une quatrième guérit brusquement dans les circonstances racontées par M. Regnard dans les termes suivants :

« Il s'agissait d'une fille d'une quarantaine d'années, couchée dans un lit de l'infirmerie depuis neuf ans; elle avait le bras gauche et la jambe gauche violemment contracturés; pour un observateur superficiel, elle présentait donc ce qu'on aurait appelé autrefois une ankylose du coude, une coxalgie et un pied-bot. De plus, elle avait une contracture de la langue qui ne lui laissait articuler aucun son; elle était donc muette. A peine si de son œil gauche elle apercevait la lumière.

» Pour compléter un état aussi lamentable, la malheureuse avait une contracture de l'œsophage qui ne lui permettait de rien manger : on lui faisait chaque jour avaler un œuf et un peu de vin par la sonde. Bien plus, elle avait une contracture du col vésical, une *ischurie* si complète qu'en trois mois elle urina deux fois seulement. Elle vomissait, et dans ses vomissements nous trouvions de l'urée.

» En 1872, M. Charcot, la montrant publiquement à son cours, disait que tout traitement avait échoué sur cette maladie si compliquée, mais qu'un jour peut-être tel événement pourrait survenir qui produirait la guérison de tout cela, subitement et d'un seul coup. Cette prédiction, recueillie par un journal de médecine, était imprimée à ce moment même.

» Or, trois ans plus tard, la malade, désespérant de la médecine et cédant aux suggestions de son entourage, demandait que le Saint Sacrement fût placé sur sa tête au moment où passerait devant son lit la procession de la Fête-Dieu. La pauvre femme attendait avec impatience le jour de sa délivrance, aussi était-elle fort émue quand le cortège pénétra dans la salle et s'arrêta auprès d'elle.

» Elle fut prise d'un grand tremblement, perdit connaissance, entra en convulsion hystérique, et quand, cinq minutes après, elle reprit ses sens,

elle était guérie : contractures, pied-bot, coxalgie, amaurose, mutisme, tout avait disparu. Elle put tout de suite se rendre à la chapelle pour rendre grâces à Dieu. Et comme il faut que le comique se mêle aux choses les plus solennelles, cette femme, qui n'avait pas uriné depuis trois semaines, remplit trois grands bocaux dans sa soirée. L'aventure fit du bruit, mais la prudence de l'archevêque de Paris empêcha qu'elle ne fût exploitée autrement qu'il ne convenait et tout rentra dans le silence. L'ancienne hystérique se fit infirmière et remplit ses fonctions à la satisfaction générale. Supposez que l'affaire ait eu plus de retentissement et que la Salpêtrière fût devenue un lieu de pèlerinage, il est fort probable que beaucoup d'autres miracles s'y seraient produits [1]. »

MM. Ballet et Landouzy ont traité avec succès une contracture hystérique des membres inférieurs durant depuis huit mois, par les pilules de *mica panis* [2]. La crainte, la colère, la douleur, la joie, la foi ardente dans un résultat prévu et fortement désiré sont, à n'en pas douter, des agents curateurs puissants que le médecin pourra quelquefois utiliser [3]. Mais ce sont là des agents difficiles à manier. Il faut beaucoup de tact et d'habileté pour en tirer parti sans compromettre sa dignité ou sans s'exposer à perdre son autorité morale vis-à-vis des malades et de leur entourage. A mon avis, on ne doit y avoir recours que tout à fait exceptionnellement, lorsque des indications précises en légitiment l'emploi.

[1] Paul Regnard, *Les maladies épidémiques de l'esprit, sorcellerie, magnétisme, morphinisme, délire des grandeurs.* Paris, 1887, p. 108-109.

[2] Ballet et Landouzy, *Note sur un cas de contracture hystérique ancienne guérie subitement par l'administration d'une pilule fulminante de mica panis* (*Revue de médecine,* 1882, p. 775).

[3] Les planches IV et V placées à la fin du présent volume représentent en *fac-similé* des figures du livre de Carré de Montgeron relatives à deux cas de guérisons dites miraculeuses de contractures hystériques.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

DES PARALYSIES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Causes occasionnelles et caractères cliniques des paralysies hystériques.

II. Examen de deux malades atteintes de paralysies hystériques. Éléments et discussion du diagnostic.

III. Pronostic de paralysies hystériques. Cures merveilleuses provoquées par des influences psychiques.

IV. Traitement des paralysies hystériques.

Messieurs,

Il n'est pas rare de voir survenir, chez les hystériques, des paralysies motrices de cause dynamique, c'est-à-dire ne dépendant d'aucune lésion organique connue, et susceptibles, après avoir persisté pendant un laps de temps variant de quelques heures à plusieurs années, de guérir soudainement, sans laisser de traces. Ces paralysies se présentent sous deux formes distinctes que les auteurs considèrent généralement, et peut-être sans raisons suffisantes, comme deux degrés d'un seul et même processus pathogénique : l'amyosthénie et la paralysie vraie.

L'amyosthénie est un simple affaiblissement de la puissance contractile des muscles, sans autres troubles fonctionnels que ceux qui résultent directement de la diminution de la force. Les malades qui en sont atteints ne peuvent faire de grands efforts musculaires, soulever de lourds fardeaux, serrer énergiquement le dynamomètre, mais ils peuvent exécuter, sans hésitation, tous les mouvements volontaires possibles. Ils sont faibles, non impotents.

La paralysie vraie est caractérisée par l'impuissance motrice complète ou presque complète, par l'abolition absolue ou presque absolue des mouvemements volontaires. C'est d'elle seule que nous allons nous occuper.

I

Les paralysies hystériques peuvent affecter les muscles des membres, du tronc, du larynx, de la face, des yeux. Elles prennent indifféremment les types hémiplégique, paraplégique ou monoplégique[1].

Dans la grande majorité des cas, elles débutent brusquement à la suite d'attaques convulsives, d'émotions morales ou de traumatismes.

Les attaques convulsives paraissent être leur cause déterminante la plus commune. Macario, Gendrin, etc., pensaient même qu'elles étaient toujours la conséquence de convulsions hystériques, et Piorry, qui partageait cette opinion, les attribuait à une sorte d'épuisement post-convulsif des centres nerveux. Mais Landouzy et Briquet ont rectifié ce que cette manière de voir avait de trop absolu. « D'après mes observations, dit Briquet, la paralysie hystérique ne s'est produite après des attaques convulsives que chez la moitié des malades; chez l'autre moitié, elle s'était développée sur des femmes qui n'avaient pas encore eu d'attaques ou qui n'en avaient plus depuis longtemps. Enfin, j'ai constaté que les malades qui, au lieu d'avoir des attaques convulsives, en avaient avec simple sommeil, avec coma, avec léthargie ou avec syncope, étaient aussi sujettes que les autres à la paralysie hystérique[2]. »

Landouzy avait fait antérieurement des remarques analogues et, de plus, il avait constaté que la paralysie pouvait disparaître sous

[1] Le tableau suivant, provenant des statistiques de Briquet, indique leurs sièges les plus fréquents :

Paralysie des quatre membres	6
— des deux membres du côté gauche	46
— des deux membres du côté droit	14
— des deux membres supérieurs seuls	5
— du membre supérieur gauche seul	7
— du membre supérieur droit seul	2
— des deux membres inférieurs	18
— du membre inférieur gauche seul	4
— des pieds et des mains	2
— de la face	6
— du larynx	3
— du diaphragme	2

Il n'est pas inutile de rappeler que sur 430 hystériques observées par Briquet, 120, c'est-à-dire plus du quart, ont eu des paralysies complètes ou incomplètes. Ces chiffres donnent une idée de la fréquence des paralysies hystériques. (Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 445.)

[2] Briquet, *op. cit.*, p. 443.

l'influence des convulsions, observation très juste dont il est possible de tirer profit dans un but thérapeutique quand les malades atteints de paralysies hystériques ont des zones spasmogènes excitables[1].

L'influence des émotions morales sur la production des paralysies hystériques est démontrée par des observations nombreuses et concluantes. Je n'en citerai que deux. Une malade de Briquet reçoit à l'improviste la nouvelle de la mort de sa mère; à l'instant, ses jambes tremblent, fléchissent sous elle et on la relève paraplégique[2]. Une jeune fille, observée par le même auteur, montait le soir un escalier mal éclairé. Un homme déguisé se précipite sur elle. Dans son effroi, elle veut crier et se sauver, mais elle chancelle, tombe et on la rapporte paralytique dans sa chambre.

L'importance des traumatismes dans l'étiologie des paralysies hystériques, pressentie par B. Brodie, a été surtout mise en évidence, dans ces dernières années, par les recherches de M. Charcot. Nous y reviendrons dans la prochaine leçon.

Il est exceptionnel que les paralysies hystériques se développent brusquement sans l'intervention de causes occasionnelles bien définies; cependant, cela arrive quelquefois. C'est ainsi qu'une malade, dont Guéneau de Mussy rapporte l'histoire, était occupée à jouer avec son enfant quand, tout à coup, elle éprouva une sensation de vertige et de douleur dans le côté droit de la tête, et, sans qu'elle eût perdu connaissance, son bras gauche tomba inerte et insensible[3].

Une fois établies, les paralysies hystériques se présentent avec un ensemble de caractères cliniques qu'on peut résumer en quelques mots :

1° Ce sont des paralysies flaccides, avec conservation intégrale ou presque intégrale des réflexes tendineux et des réactions mécaniques et électriques des muscles.

[1] « Bien qu'il paraisse naturel, au premier abord, d'attribuer la paralysie hystérique plutôt aux convulsions qu'aux autres phénomènes de l'hystérie, on l'observe néanmoins aussi souvent dans les cas de perte de connaissance et de syncopes prolongées ou fréquentes que dans les cas de spasmes violents. Et comme si le propre de l'affection hystérique était de donner lieu à chaque instant à des phénomènes contradictoires, on voit, dans un assez grand nombre de cas, la paralysie disparaître seulement sous l'influence des convulsions. D'autres fois, elle dure depuis la fin d'un accès jusqu'à ce qu'un autre accès survienne, convulsif ou non, et qu'il amène dans une autre partie une nouvelle paralysie qui remplace la première. » (Landouzy, *Traité complet de l'hystérie*, 2e éd. Paris, 1848, p. 107.)

[2] Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 444.

[3] Guéneau de Mussy, *Clinique médicale*. Paris, 1874, t. I, p. 122.

2° Elles ne se transforment pas, avec le temps, en paralysies spasmodiques, ainsi que cela arrive pour les paralysies organiques d'origine cérébrale, par suite de la production de la contracture tardive. Elles ne se transforment pas, non plus, en paralysies atrophiques, comme le font les paralysies spinales aiguës ou subaiguës. Éventuellement, les muscles frappés de paralysie hystérique peuvent s'émacier en masse, mais jamais ils ne subissent la destruction atrophique qui s'observe dans les paralysies d'origine médullaire ou de cause périphérique.

3° Elles s'accompagnent habituellement d'anesthésie sensitivo-sensorielle et de troubles profonds du sens musculaire.

4° Elles disparaissent souvent pendant le sommeil hypnotique provoqué ou spontané et reparaissent après le réveil.

5° Elles peuvent être déplacées ou enlevées par l'intervention de moyens qui n'ont aucune action modificatrice sur les paralysies organiques : par exemple, par l'explosion d'attaques convulsives, par l'application d'agents esthésiogènes, par la suggestion, etc.

Nous allons, j'espère, pouvoir vérifier l'exactitude de ces différentes propositions sur les deux malades que j'ai fait venir à l'amphithéâtre pour vous mettre à même de constater *de visu* les principaux caractères des paralysies que nous étudions aujourd'hui.

II

Thérèse C... a, depuis deux jours, une paralysie hystérique du membre supérieur gauche. Avant-hier, dans l'après-midi, elle a eu, ainsi que cela lui arrive souvent, une grande attaque convulsive tout à fait semblable à celles auxquelles elle est sujette depuis plusieurs années. Cette attaque n'a rien présenté de particulier; elle est arrivée spontanément; elle n'a été ni plus ni moins violente que les autres; elle a duré, comme d'ordinaire, trois quarts d'heure environ; elle n'a pas été arrêtée artificiellement. Bref, elle n'a été remarquable par aucune particularité à nous connue, si ce n'est qu'après la terminaison des convulsions, le bras gauche est resté complètement paralysé.

Étudions ensemble les caractères de cette paralysie.

Le premier phénomène saillant, c'est qu'il s'agit d'une paralysie flaccide, complète, absolue. Le membre pend inerte et flasque le long du tronc, comme le ferait un corps étranger; soulevé à une

certaine hauteur et abandonné à lui-même, il retombe lourdement comme une masse. Aucun mouvement volontaire n'est possible ni dans les doigts, ni dans l'avant-bras, ni dans le bras; les mouvements de l'épaule sont seuls conservés. Les efforts de pression, exercés avec la main droite, ne déterminent aucun mouvement associé dans les muscles symétriques du côté gauche.

Les réflexes tendineux du poignet sont normaux. La percussion des masses musculaires du bras ou de l'avant-bras provoque, dans les muscles excités, des contractions très appréciables. La température est sensiblement égale des deux côtés; peut-être la main du côté gauche est-elle un peu moins chaude que celle du côté droit. Il n'y a, du reste, ni coloration violacée des téguments ni tuméfaction œdémateuse des tissus sous-cutanés.

Ces constatations sont déjà de nature à nous faire penser à une paralysie dynamique. Une monoplégie organique d'origine cérébrale s'accompagnerait, en effet, d'exagération des réflexes tendineux, tandis que ces réflexes seraient abolis dans une paralysie d'origine médullaire ou névritique. De plus, une paralysie organique quelconque, datant de quarante-huit heures, serait presque sûrement accompagnée d'un certain degré de paralysie vaso-motrice, tandis que nous trouvons le membre paralysé de notre malade avec une coloration et une température normales.

Mais poursuivons notre enquête et voyons, sans plus tarder, quel est l'état de la sensibilité.

Un examen rapide nous apprend que la sensibilité est totalement abolie dans le membre paralysé. Le pincement de la peau, la torsion des jointures ne donnent lieu à aucune perception douloureuse. De plus, le sens musculaire est perdu; lorsque la malade a les yeux fermés, elle ne se rend pas compte des déplacements qu'on imprime à sa main gauche: elle ne sait pas où elle est.

Mais à l'état ordinaire, et cela depuis plusieurs années, Thérèse C... est hémianesthésique gauche. Elle présente, en outre, ainsi que je vous l'ai montré dans une précédente leçon (leçon VI, p. 65), le phénomène de l'haphalgésie. Nous ne devons donc pas nous borner aux constatations précédentes. Il nous faut rechercher si l'apparition de la paralysie a apporté quelque modification appréciable dans la répartition et dans la modalité des fonctions sensitives de notre malade. Et d'abord, est-elle toujours hémianesthésique du côté gauche? Oui, car j'enfonce une épingle sur différents points de son visage, de sa poitrine, de ses membres, et

vous voyez qu'elle sent très bien les piqûres pratiquées sur la moitié droite de son corps, tandis qu'elle reste indifférente aux piqûres pratiquées sur la moitié gauche. Mais l'hémihaphalgésie a subi une modification, car la malade n'éprouve aucune sensation désagréable quand j'applique sur le membre paralysé une pièce d'or, tandis qu'elle se plaint vivement si je place la même pièce au contact de la peau de n'importe quelle autre partie du côté gauche de son corps.

L'insensibilité du membre supérieur gauche est donc plus complète, plus absolue qu'elle ne l'était avant l'apparition de la paralysie. La malade se rend, du reste, compte elle-même qu'il y a quelque chose de changé dans sa manière de sentir. « Avant d'être paralysée, dit-elle, je ne souffrais pas plus que maintenant quand on me piquait, mais je sentais que j'avais mon bras; à présent, il me semble que je n'ai pas de bras, que mon corps s'arrête à l'épaule. »

Je ne veux pas insister plus longtemps sur ces troubles de la sensibilité dont l'analyse est très délicate, dans le cas actuel, à cause de la complexité des phénomènes préexistants. Je devais cependant vous les signaler, car ils ont une réelle importance séméiologique.

Au reste, si vous conservez encore quelques doutes sur le diagnostic de la nature de la paralysie que présente notre malade, j'espère qu'ils ne résisteront pas à l'expérience que nous allons faire.

Thérèse C... est facilement hypnotisable. Sans rien lui dire, je l'endors par fixation du regard. La voilà en état de somnambulisme artificiel. Je soulève son bras droit, et il reste étendu horizontalement; je soulève son bras gauche (côté paralysé), et il reste également dans la position horizontale. Je prie la malade de rajuster ses vêtements, et vous voyez qu'elle se sert également bien de ses deux mains. La paralysie que nous constations tout à l'heure n'existe plus. Je réveille brusquement la malade en lui soufflant sur les yeux, et aussitôt son bras gauche redevient inerte, incapable d'exécuter aucun mouvement volontaire[1].

[1] Cette influence du sommeil hypnotique sur les paralysies hystériques a été signalée en 1838 par A. Despine. Il pratiquait souvent l'hypnotisation et avait remarqué que « des jeunes filles atteintes de paraplégies nerveuses recouvraient bientôt, en somnambulisme, l'usage de leurs membres pour le perdre hors de la crise, il est vrai; mais ce retour, quoique momentané, du mouvement n'était pas sans influence sur la guérison définitive de la maladie. » (Cité par Prosper Despine in *Gaz. méd. de Paris,* 1877, p. 320.)

Voilà, si je ne me trompe, un argument décisif et de nature à lever les dernières hésitations, car une paralysie mobile, instable, susceptible de disparaître pendant le sommeil hypnotique pour reparaître aussitôt après le retour à l'état de veille, ne saurait dépendre d'une lésion organique. Tout concourt donc à nous confirmer dans l'opinion que Thérèse C... est atteinte d'une paralysie hystérique, c'est-à-dire d'une de ces paralysies purement dynamiques qui peuvent se dissiper soudainement sans laisser de traces et dont nous pourrons peut-être, dans un instant, obtenir la guérison par des moyens qui, malheureusement, n'exercent aucune action sur les paralysies organiques.

Notre seconde malade, Élisa G..., est, comme sa compagne, une hystérique invétérée, sujette depuis fort longtemps à de fréquentes attaques convulsives. Hier, à la suite d'une de ces attaques, elle est restée paralysée des deux membres du côté gauche. La face et la langue sont complètement épargnées; mais le membre supérieur et le membre inférieur gauches sont flasques, inertes et incapables d'aucun mouvement volontaire. On y peut constater les mêmes symptômes fondamentaux que nous avons observés déjà chez la malade précédente : conservation des réflexes tendineux et des réactions mécaniques des muscles, anesthésie cutanée et profonde absolue, perte du sens musculaire, de la notion de position et de la notion d'existence des membres paralysés, disparition immédiate de la paralysie pendant le sommeil hypnotique. L'analogie est complète, et il s'agit bien évidemment, dans les deux cas, de phénomènes paralytiques de même origine et de même nature.

III

Le pronostic des paralysies hystériques est incomparablement moins grave que celui des paralysies organiques, et cela pour plusieurs raisons : d'abord, parce que les paralysies hystériques n'entraînent jamais, dans les centres nerveux, des perturbations de nature à mettre directement en danger les jours des malades; ensuite, parce qu'elles ne sont jamais fatalement incurables comme le sont les paralysies qui résultent de lésions destructives du cerveau ou de la moelle épinière. Mais leur durée est impossible à prévoir avec certitude, car leur persistance n'est en rapport ni avec l'ancienneté de l'hystérie ni avec son intensité apparente.

Telle paralysie, survenue chez une hystéro-épileptique invétérée, après une attaque d'une violence excessive ou une grande émotion morale, disparaîtra rapidement sous l'influence des moyens les plus simples; telle autre, développée chez une hystérique vulgaire, à la suite d'une attaque insignifiante ou d'une petite contrariété, résistera pendant des mois ou des années à tous les efforts de la thérapeutique. Consulté sur la durée probable d'un accident de ce genre, le médecin doit exposer sincèrement la situation : « Il s'agit là, doit-il dire, d'un accident curable qui guérira certainement un jour ou l'autre, mais je ne sais pas s'il durera seulement quelques jours ou s'il se prolongera pendant des mois ou des années. » Dans l'état actuel de la science, on peut, en effet, affirmer la curabilité des paralysies hystériques, mais rien ne permet de prédire leur durée.

Quand la guérison survient, elle se produit graduellement ou soudainement. Dans le premier cas, elle coïncide d'ordinaire avec une amélioration progressive dans l'état général des malades et dans les manifestations de la diathèse hystérique. Dans le second, elle est habituellement la conséquence d'une émotion morale. Le retour à l'état normal se fait alors brusquement, sans convalescence. D'un instant à l'autre, à la suite d'une grande joie, d'une frayeur, d'une colère, etc., l'infirme devient ingambe; il abandonne ses béquilles et marche sans soutien : c'est un véritable miracle. L'espérance de guérir, la foi ardente dans certains procédés curatifs créent un état d'esprit particulièrement favorable à la production de ces guérisons subites, et c'est sans doute à leur action sur le moral des malades que les pèlerinages, les neuvaines, les pratiques religieuses de toutes sortes doivent leur incontestable efficacité. En fait, les paralysies hystériques entrent pour une bonne part dans le contingent des cures dites *miraculeuses* qui se sont produites de tout temps sous l'influence de l'exaltation du mysticisme religieux.

Lorsque, au XIII[e] siècle, les ossements de saint Louis furent rapportés d'Afrique pour être déposés dans l'abbaye de Saint-Denis, les reliques du roi très chrétien furent, pendant quelques années, l'objet d'un culte fervent, et, naturellement, elles opérèrent des guérisons merveilleuses.

L'une des miraculées sur laquelle les documents de l'époque donnent quelques détails est une femme de vingt-huit ans nommée Emmelot. Elle avait été frappée subitement, dans la nuit, d'une

paralysie du membre inférieur droit. Cette paralysie était complète, car *ladite Emmelot avoit perdu l'us de la cuisse, de la jambe et du pié* au point qu'*elle ne s'en pouvoit aider*. Elle était accompagnée d'insensibilité absolue des téguments et des parties profondes, car *quand on lui touchoit, manioit ou estreignoit fortement le membre, ladite Emmelot disoit qu'elle n'en sentoit rien;* elle ne sentait pas davantage quand on y *enfonçoit asprement une aiguille* ou qu'on *mestoit le pié malade au feu*. Dans cet état, elle pria qu'on la portât *au tombel du benoict saint Loys et se voua à lui et dit que elle ne mangeroit qu'une fois le jour de sa vègile,* ce qui fut fait *moult de fois* sans que la malade ressentît d'amélioration. Mais, le jour de la Passion, elle sentit une grande angoisse et comprit *que nostre sire Diex et la virge Marie et le benoict saint Loys la délivreroient tost. Et adonques ladite Emmelot commença à mouvoir le pié et la cuisse, puis un petit après ce, à estendre ses membres,* et finalement elle se leva et se mit à marcher, sans soutiens ni béquilles, en louant Dieu et en bénissant le *benoict saint Loys qui l'avoit délivrée.*

Assurément, ce récit naïf n'a pas la valeur d'une observation médicale; il y manque des détails importants que nous aurions besoin de connaître pour faire un diagnostic rétrospectif certain. Néanmoins, on peut considérer comme très vraisemblable que *ladite Emmelot* avait une paralysie hystérique, car il n'y a guère que les paralysies hystériques qui surviennent soudainement chez des sujets d'un âge peu avancé, se limitent exactement à un membre, s'accompagnent d'une insensibilité absolue et guérissent brusquement devant des reliques [1].

Des cures identiques ont eu lieu en grand nombre au commencement du XVIIIe siècle sur le tombeau du diacre Pâris. Carré de Montgeron, qui s'en est fait l'historien, a recueilli des renseignements précieux sur les antécédents des malades, sur les caractères de leurs affections, sur les circonstances dans lesquelles leur guérison s'est opérée [2]. L'analyse des documents qu'il a réunis permet de reconstituer assez complètement plusieurs observations clini-

[1] Ce fait est emprunté au *Recueil des historiens de France,* t. XX. Il a été reproduit dans un article de Littré intitulé : *Un fragment de médecine rétrospective,* et publié dans la *Philosophie positive,* juillet 1869, et dans *Médecine et Médecins,* par E. Littré, 3e éd. Paris, 1875, p. 111 à 136.

[2] Carré de Montgeron, *La vérité des miracles opérés par l'intercession de M. de Pâris et autres appellans,* 3e vol. in-4°. Cologne, 1747.

ques et il résulte clairement de l'étude attentive de ces observations que les hémiplégiques et les paraplégiques qui ont laissé leurs béquilles dans le cimetière de Saint-Médard étaient atteints de paralysies hystériques. L'une des miraculées dont Carré de Montgeron rapporte l'histoire était sujette à des attaques convulsives [1], l'autre à des attaques de léthargie [2], toutes avaient des troubles de sensibilité tels qu'on n'en observe que très rarement d'aussi marqués en dehors de l'hystérie [3].

La grotte de Lourdes jouit aujourd'hui d'une grande réputation; elle est devenue le rendez-vous d'une foule d'infirmes de tous les pays qui s'y rendent avec l'espoir suprême d'y trouver la guérison. La plupart s'en retournent déçus, mais quelques-uns y recouvrent réellement la santé; et autant qu'il est possible d'en juger d'après les renseignements très incomplets publiés jusqu'à ce jour, ce sont les paralysies hystériques qui fournissent les succès les plus éclatants. Un historiographe enthousiaste des merveilles du célèbre pèlerinage, M. Louis Lasserre, a réuni dans un volume de vulgarisation [4] les faits de guérisons miraculeuses qui lui ont paru les plus

[1] Marie-Anne Couronneau, atteinte depuis six mois et demi de paralysie avec anesthésie du côté gauche et de troubles de la parole à la suite d'attaques apoplectiformes et de convulsions violentes, se rend deux fois, sans résultats, au cimetière de Saint-Médard. Elle ne se décourage pas et, le 13 juin 1731, elle s'y traîne une troisième fois avec le secours de béquilles et de toute une installation de lanières pour soutenir ses membres paralysés. On la place sur le tombeau du diacre. Aussitôt elle sent une légèreté extraordinaire dans tout le corps et des frémissements dans le côté paralysé; elle lève alors ses béquilles en l'air, marche seule, retourne chez elle sans appui, d'un pas ferme et délibéré, et monte avec une agilité surprenante ses trois étages. Les jours suivants, elle court d'un bout à l'autre de Paris pour se montrer aux personnes de sa connaissance, chercher des malades et les conduire à Saint-Médard (t. I, 3e démonstration).

[2] La demoiselle Hardouin, âgée de trente-deux ans, perd tout à coup l'usage des membres inférieurs le 15 septembre 1725. Des attaques successives d'apoplexie et de léthargie aggravent progressivement son état. La paralysie s'étend à tout le côté gauche du corps sans abandonner les membres inférieurs, de telle sorte que la malheureuse ne peut se servir que de son membre supérieur droit. Le 2 août 1731, on la porte sur le tombeau du diacre Pâris; dès que son corps a touché la tombe, elle est prise de mouvements convulsifs d'une violence extrême. Après une nouvelle attaque de convulsions, la malade se lève et marche. Elle peut retourner chez elle d'un pas assuré, sans soutien, et monter légèrement jusqu'à un second étage (t. I, 8e démonstration).

[3] Anne Augier, guérie le 8 juillet 1727, était atteinte depuis vingt et un ans d'une paraplégie à laquelle s'était ajoutée depuis deux ans la paralysie d'un membre supérieur. Ses membres inférieurs étaient insensibles. Le chirurgien qui lui donnait des soins constata qu'on en pouvait percer les chairs avec une épingle sans provoquer de souffrances, et d'autres personnes, après y avoir planté des épingles, « poussèrent l'indiscrétion jusqu'à y enfoncer des clous », sans que la malade s'en plaignît (t. II, 1re démonstration).

Marie-Jeanne Stappart, guérie le 16 mai 1728, avait, en même temps qu'une hémiplégie gauche, une amaurose de l'œil gauche. Le globe de l'œil et les paupières étaient insensibles au point qu'on pouvait les toucher directement avec le doigt sans provoquer de douleurs ni de mouvements (t. II, 2e démonstration).

[4] Louis Lasserre, *Les épisodes miraculeux de Lourdes,* 26e éd. Paris, 1886. Victor Palmé, éditeur.

démonstratifs. Ces faits sont au nombre de cinq, et sur les cinq trois paraissent se rapporter à des paralysies hystériques [1].

Il ne faut pas douter, Messieurs, de la réalité matérielle de ces guérisons dites *miraculeuses;* ce serait faire acte de scepticisme systématique et se placer hors des règles de la logique scientifique. Oui, certains malades, paralytiques depuis de longues années, ont repris subitement l'usage de leurs membres paralysés devant les os de saint Louis, sur le tombeau du diacre Pâris, dans la grotte de Lourdes, comme d'autres ont guéri tout à coup au dernier jour d'une neuvaine, au contact d'une relique vénérée ou dans le cours d'une invocation religieuse fervente. Est-ce à dire qu'une puissance surnaturelle soit intervenue pour changer en leur faveur les lois de la nature? Nullement. Ces malades ont guéri parce qu'ils avaient des paralysies dynamiques, sans lésions organiques, et que les émotions morales, de quelque nature qu'elles soient, sont susceptibles de provoquer la disparition immédiate de ce genre de paralysies. « On ne saurait s'imaginer, dit Briquet, jusqu'à quel degré le moral a de l'influence sur la paralysie hystérique, » laquelle est, vous le savez déjà, le type le plus complet des paralysies dynamiques. Telle paraplégique qui se croyait dans un état désespéré se met à marcher après avoir pris connaissance de la consultation d'un médecin qui la déclare curable [2]; telle autre guérit après une frayeur intense, après une colère [3] ou après l'administration d'une substance inerte qu'elle croit très active [4]

[1] Ce sont ceux de l'abbé de Mussy, de Mlle de Fontenay et de Mme Guerrier.

[2] « Consultés, un jour, M. le Dr Fauconneau-Dufresne et moi, sur l'état d'une jeune personne paraplégique, à ce qu'on pensait, par suite d'une maladie de la moelle épinière, nous reconnûmes, d'après les documents qui nous furent remis, que la malade était hystérique et nous nous convainquîmes que la paraplégie était hystérique. Notre consultation fut rédigée en conséquence et nous donnâmes beaucoup d'espoir. Dès qu'elle arriva à la connaissance de la malade, qui se croyait dans un état désespéré, remplie de confiance, elle essaya ses forces et se mit incontinent à marcher, elle qui n'avait pas pu quitter le lit depuis deux mois. La paralysie avait complètement cessé et n'a plus reparu. » (Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 449.)

[3] M. Bouchut, dans un mémoire publié en 1877 par la *Gazette des hôpitaux,* raconte l'histoire d'une dame d'Arras, retenue au lit par une paralysie des membres inférieurs qui, au moment où la poudrière de cette ville venait de sauter en faisant tomber avec fracas les vitres de son appartement, eut une telle frayeur qu'elle put sortir de son lit et se sauver en chemise jusque dans la campagne voisine; il parle aussi d'une femme paralysée du bras, qui, insultée par son fils, entra dans une grande colère, souffleta l'insolent de sa main paralysée et fut guérie par le fait même. *(De l'influence des impressions morales sur la production de la guérison de certaines paralysies,* in *Gazette des hôpitaux,* 1877, p. 322.) Il serait facile de réunir un bon nombre de faits analogues épars çà et là dans la littérature médicale.

[4] Guéneau de Mussy (*Clinique médicale,* t. I, p. 127-131) rapporte plusieurs exemples de paralysies hystériques guéries par l'administration, avec une mise en scène de nature à frapper l'imagination des malades, de pilules fulminantes *e mica panis* accompagnées

ou d'un simulacre de cautérisation de la colonne vertébrale avec des fers froids qu'elle croit rougis à blanc[1]. Ce sont là, si je ne me trompe, des guérisons aussi surprenantes que celles qui se produisent sous l'influence des idées religieuses.

IV

Mais revenons à nos malades et tâchons de les débarrasser des impotences paralytiques dont elles sont atteintes.

S'il est des paralysies hystériques qui résistent pendant fort longtemps à tous les efforts de la thérapeutique, il en est d'autres (et ce sont heureusement les plus nombreuses) qui cèdent facilement à l'emploi des procédés les plus simples. La provocation d'une ou de plusieurs attaques convulsives, la suggestion hypnotique, le massage ou l'électrisation des muscles impotents, etc., suffisent très souvent pour rappeler en quelques instants la motilité dans les parties paralysées.

de 125 grammes de *protoxyde d'hydrogène* à titre d'antidote, dans le cas où la pilule viendrait à produire des effets trop véhéments. Dans un de ces cas, il s'agissait d'une paraplégie hystérique durant depuis plusieurs mois et ayant résisté à toutes sortes de médications. Guéneau de Mussy eut recours, avec les précautions d'usage, à l'emploi des fameuses pilules. La malade, en avalant la première, éprouva un sentiment de brûlure tel qu'elle se jeta sur la bouteille de protoxyde d'hydrogène pour boire quelques gorgées. Le reste de la journée elle fut très abattue. Le lendemain, elle put se promener pendant près d'une heure, ce qu'elle n'avait pu faire depuis quatre mois. Les faits de ce genre permettent, dit Guéneau de Mussy, « d'apprécier sous leur véritable jour les guérisons merveilleuses vantées par les faiseurs de passes, les vendeurs de globules et les autres débitants d'arcanes de cette espèce. »

[1] Bouchut raconte le fait suivant :

« J'ai vu, dit-il, à l'hôpital Necker, dans les salles de M. Guillot, une fille hystérique et frappée depuis quelques mois d'une paralysie des membres inférieurs qui avait résisté à tout traitement. On lui annonça qu'on allait la guérir par la cautérisation du dos avec le fer rouge. Au jour fixé, assise nue devant le brasier où chauffaient les fers, on prit un *cautère froid* dont on se servit pour toucher la colonne vertébrale. Aussitôt la jeune fille, qui n'avait rien vu de cette substitution, pousse des cris de douleur comme si on l'avait brûlée, et, faisant des efforts pour échapper à cette cautérisation imaginaire, se lève, se sauve comme si elle avait le feu dans les reins. » (*Dictionnaire de thérapeutique*. Paris, 1866, Introduction, p. 25.)

Le même auteur rapporte, d'après un article de la *Revue britannique,* un fait encore plus curieux : Un médecin anglais, le Dr Beddoes, croyait que l'oxyde nitreux était un spécifique certain contre la paralysie. Avec les Drs Davy et Cobridge, il tenta une expérience sur un paralytique abandonné par les médecins. Le malade ne fut point averti du traitement auquel on allait le soumettre. Davy commença par placer sous la langue du paralytique un petit thermomètre de poche pour observer les effets de la médication sur la température du corps. A peine le malade eut-il senti le thermomètre entre ses dents qu'il fut persuadé que la cure s'opérait : « Ah ! s'écria-t-il, je me sens mieux. » On renouvela, avec toute la solennité convenable, l'application du thermomètre les jours suivants et, après quinze jours de ce traitement, le malade était guéri sans avoir fait usage de l'oxyde nitreux ni d'aucun autre remède.

La provocation artificielle d'attaques convulsives par l'excitation de zones spasmogènes réussit en général très bien quand les paralysies hystériques sont récentes. Nous avons employé ce moyen, il y a quelques semaines, avec un plein succès chez Élisa G..., qui a déjà eu, depuis qu'elle est dans le service, une autre atteinte de paralysie. Le même procédé réussirait probablement encore aujourd'hui, mais il est difficile de l'utiliser dans une démonstration publique. Nous allons, si vous voulez, en essayer un autre, plus simple et plus rapide : la suggestion hypnotique. Élisa G... est très facilement hypnotisable; elle s'endort en quelques secondes par la fixation du regard; la voilà en état de sommeil somnambulique. Je lui dis alors avec fermeté : « La paralysie que vous aviez depuis hier est guérie; quand vous serez réveillée, vous vous servirez de vos bras et de vos jambes comme si vous n'aviez jamais rien eu. » Cela dit, je la réveille en lui soufflant sur les yeux, puis je la prie de se lever et vous voyez qu'elle se tient debout sans la moindre incertitude, qu'elle marche avec assurance, qu'elle remue librement tous ses membres. L'infirme qu'il a fallu porter tout à l'heure à l'amphithéâtre sur un brancard va s'en retourner dans la salle en courant avec agilité.

Passons à notre seconde malade.

Sur elle, nous allons employer la faradisation des membres paralysés. La pile est toute prête. J'amorce le trembleur et je promène les électrodes sur l'avant-bras gauche de la malade. Celle-ci n'accuse, naturellement, aucune sensation, bien que ses muscles se contractent, puisqu'elle est anesthésique. Dans quelques minutes elle va sans doute commencer à exécuter de petits mouvements volontaires. Elle peut déjà fléchir un peu ses doigts. La peau du membre est toujours insensible aux pincements et aux piqûres, mais l'haphalgésie a déjà reparu, car le contact d'une pièce métallique provoque des sensations très désagréables. Attendons encore quelques instants, et j'espère que nous aurons complètement raison de la paralysie... Il y a cinq minutes environ que l'électrisation est commencée et voilà que la malade peut fléchir l'avant-bras sur le bras, porter la main à sa tête; elle donne au dynamomètre une pression de 28 kilog.; elle est guérie.

Pour obtenir ce résultat, nous avons employé un courant capable de faire contracter énergiquement les muscles, mais il n'est pas certain du tout que la mise en jeu de la contractilité musculaire par l'excitation électrique soit nécessaire pour que la faradisation

amène la disparition rapide des paralysies hystériques. Il est possible que l'électrisation agisse non pas *directement* par ses propriétés physiques, mais *indirectement* par le fait de l'émotion que causent aux malades la vue d'un appareil étrange et la confiance dans l'efficacité de son action.

Ces réserves me sont inspirées par le souvenir d'un fait qui m'a beaucoup frappé. L'an dernier, j'électrisais un matin, comme je viens de le faire devant vous aujourd'hui, le bras d'une jeune femme atteinte de paralysie hystérique. La séance durait depuis quelques instants à peine quand je m'aperçus que l'un des fils des électrodes n'était pas fixé à la borne de l'appareil, de telle sorte que le courant ne passait pas dans le membre. Je continuai néanmoins l'opération sans rétablir la continuité du circuit et, après cinq ou six minutes, la malade était complètement débarrassée de sa paralysie. Était-elle une simulatrice? Je n'ai aucune raison de le croire. Je pense plutôt qu'elle appartenait à cette catégorie de malades qui font pour les moindres causes des accidents très réels mais purement dynamiques et par conséquent susceptibles de disparaître sous l'influence de simples excitations psychiques. Elle était convaincue que l'électrisation devait la guérir et elle a guéri quand elle a cru qu'elle était électrisée, par un mécanisme analogue à celui qui préside aux guérisons dites miraculeuses et aux cures par les pilules de *mica panis* ou d'orviétan, et qui est peut-être le mécanisme général et uniforme de la guérison de tous les accidents hystériques[1].

[1] Voyez à la fin du présent volume les planches II, III et IV qui sont relatives à des cas de guérisons de paralysies hystériques opérées sur le tombeau du diacre Pâris.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

DES MONOPLÉGIES HYSTÉRO-TRAUMATIQUES

SOMMAIRE

I. Résumé des caractères cliniques des paralysies hystéro-traumatiques.
II. Observations de cinq malades du service atteints de monoplégies hystéro-traumatiques des membres supérieurs.
III. Pathogénie de ces paralysies. Théorie de l'auto-suggestion. Objections.
IV. Des anesthésies hystéro-traumatiques localisées.

Messieurs,

On désigne sous le nom de *monoplégies hystéro-traumatiques* les paralysies de nature hystérique, portant sur un seul membre et survenues à la suite de traumatismes.

Elles étaient fort peu connues avant que M. Charcot ne les eût décrites avec une admirable précision. Elles sont cependant assez fréquentes pour que, dans le courant d'une seule année, nous en ayons vu cinq ou six exemples, et assez nettement différenciées pour que leur diagnostic soit relativement très facile.

I

Les caractères cliniques des monoplégies hystéro-traumatiques peuvent être résumés dans un petit nombre de propositions fondamentales :

a) Elles surviennent indifféremment chez l'homme ou chez la femme; elles sont même plus fréquentes dans l'hystérie masculine que dans l'hystérie féminine, car sur 21 observations réunies par M. Berbez dans sa thèse de doctorat[1], 14 se rapportent à des

[1] Berbez, *Traumatisme et hystérie*. Th. doct., Paris, 1887.

hommes et 7 à des femmes. Les cinq cas que nous avons eu à traiter cette année ont été observés sur des hommes.

b) Les personnes qui en sont atteintes sont presque toujours de jeunes adultes de 20 à 50 ans. Nos cinq malades avaient, au moment où s'est montrée la paralysie, 24, 31, 36, 39 et 46 ans. Les sujets étudiés par M. Berbez étaient âgés de 18 à 56 ans.

c) Les monoplégies hystéro-traumatiques se développent habituellement sur des personnes prédisposées à l'hystérie par leurs antécédents héréditaires et ayant eu antérieurement des accidents névropathiques non douteux. Mais il n'en est pas toujours ainsi; elles peuvent survenir chez des sujets dont l'hérédité paraît excellente et constituer le premier symptôme net de l'hystérie restée jusque alors latente et ignorée.

d) Elles succèdent à des traumatismes forts ou faibles, locaux ou généraux, avec ou sans ébranlement physique des centres nerveux, avec ou sans émotion concomitante. On les a observées : à la suite d'une chute [1], d'un tamponnement par un wagon de chemin de fer [2], d'un coup sur la tête [3], d'un coup de maillet sur la main [4]; une femme a eu une paralysie de la main pour avoir donné une giffle à son enfant [5]. Chez nos cinq malades la monoplégie a succédé : à un traumatisme local de l'avant-bras, à l'écrasement de l'extrémité du pouce dans un engrenage de machine, à une chute en état d'ivresse, à un coup de fouet sur le front, à une chute de cheval. Il est à noter que la gravité des paralysies n'est pas en rapport avec la violence du traumatisme initial. Un accident léger peut être suivi d'une paralysie qui persistera des années, tandis qu'une paralysie succédant à un traumatisme violent peut se dissiper après quelques jours.

e) Les monoplégies hystéro-traumatiques se développent quelquefois immédiatement après le traumatisme provocateur; mais dans la majorité des cas elles n'apparaissent que quelques heures ou quelques jours après lui. Exemple : le nommé Porcenska, cocher de fiacre, tombe de son siège sur le pavé le 24 décembre 1884. Il ne perd pas connaissance, remonte sur sa voiture, conduit ses chevaux pendant cinq heures, ne remarque aucune faiblesse de ses membres les jours suivants, et c'est seulement le 30 décembre

[1] *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 299.
[2] *Progrès médical*, 1887, p. 109.
[3] Berbez, *loc. cit.*, p. 29.
[4] *Policlinique du mardi*. Leçon du 17 avril 1888.
[5] *Policlinique du mardi*. Leçon du 17 janvier 1888.

qu'en se réveillant, après avoir dormi paisiblement toute la nuit, il constate que son membre supérieur droit est flasque, inerte, insensible et incapable de tout mouvement volontaire [1]. Cette particularité très curieuse est notée dans un bon nombre d'observations.

f) Les monoplégies hystéro-traumatiques sont habituellement indolentes. Les membres sur lesquels elles siègent sont flasques. Les réactions électriques des muscles sont habituellement normales. Le sens musculaire est aboli. Les réflexes tendineux sont conservés, quelquefois un peu exagérés. Un amaigrissement rapide se produit souvent dans les muscles privés de motilité.

g) La peau qui recouvre le membre paralysé est ordinairement anesthésique ou analgésique. L'anesthésie est tantôt limitée à ce membre, tantôt étendue à toute la moitié correspondante du corps ou à toute la surface des téguments.

h) Les sujets atteints de monoplégies hystéro-traumatiques présentent souvent, mais non pas toujours, des stigmates permanents de la névrose, tels que : rétrécissement concentrique des champs visuels, abolition du réflexe pharyngien, etc. Ils ont quelquefois des attaques convulsives et des zones spasmogènes. Ils sont rarement hypnotisables.

i) La durée des paralysies hystéro-traumatiques est très variable ; rien ne permet de la fixer *a priori*. La guérison est certaine, mais dans un temps indéterminé. Elle survient quelquefois sous l'influence de causes morales. Un des malades de M. Charcot, qui avait depuis treize mois une paralysie hystéro-traumatique du membre supérieur droit, se prit un jour de querelle avec son partenaire en jouant aux dominos, et pendant la dispute les mouvements du membre paralysé revinrent subitement.

II

Maintenant que vous connaissez les caractères cliniques des paralysies hystéro-traumatiques, permettez-moi de vous rappeler les détails des faits que nous avons observés ensemble dans le service [2] :

OBSERVATION I. — *Monoplégie hystéro-traumatique du membre supérieur droit. Guérison par la faradisation.* — Log..., trente-neuf ans,

[1] Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III, p. 299.

[2] Toutes ces observations sont rapportées *in extenso* dans la thèse de M. Émile Bitot : *L'hystérie mâle dans le service de M. le prof. Pitres à l'hôpital Saint-André de Bordeaux*. Th. doct., Bordeaux, 1890.

maître d'hôtel à bord des paquebots de la Compagnie Transatlantique, est un homme vigoureux, puissamment musclé et ne présentant pas du tout les formes délicates et les allures efféminées qu'on considérait autrefois

Fig. 49. — Anesthésie cutanée en manche de veste chez Log...

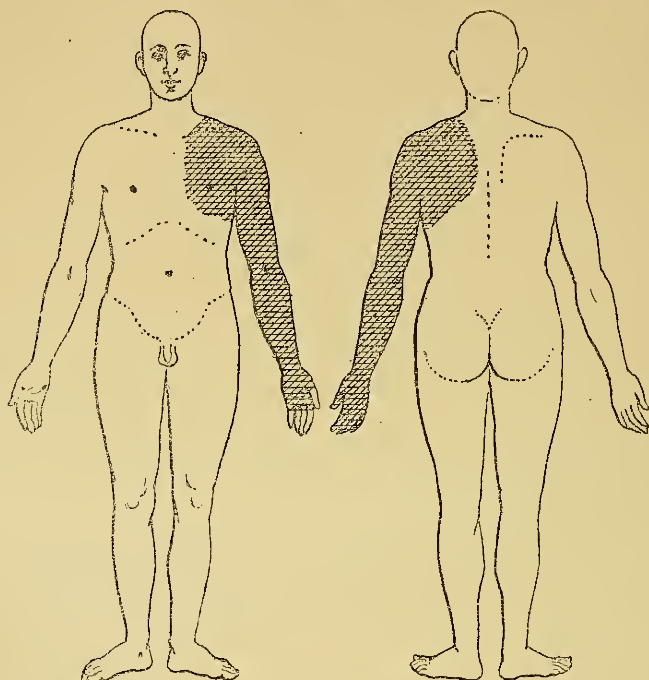
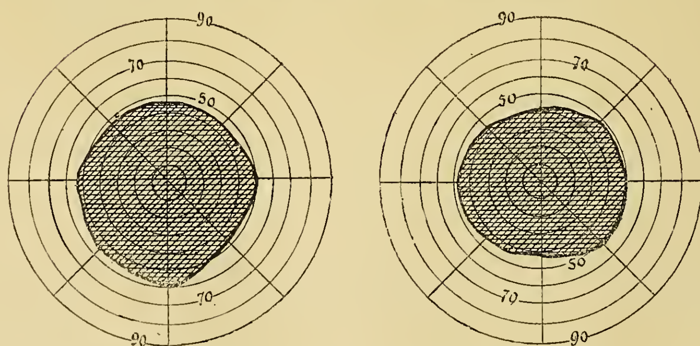


Fig. 50. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Log...



comme des symptômes révélateurs de l'hystéricisme chez l'homme. Sa physionomie est mobile, intelligente; son caractère très emporté.

Son *père* était très violent; il est mort à soixante-seize ans, après être resté trois ans hémiplégique. Sa *mère,* un de ses *oncles maternels* et deux de ses *cousins germains* sont asthmatiques.

Il a joui durant son enfance et sa jeunesse d'une très bonne santé. Pendant son service militaire il a fait, en Afrique, de grands excès de femmes et de boissons alcooliques, mais depuis 1872 il mène une vie très régulière.

Le 3 septembre 1888, une caisse en fonte contenant de la glace tomba sur l'extrémité inférieure de son avant-bras droit. Le médecin du bord constata une fracture simple de l'extrémité inférieure du radius et plaça le membre dans un appareil à attelles qui détermina de vives douleurs. Six jours après on remplaça les attelles par une gouttière en gutta-percha. Les douleurs se calmèrent et la cicatrisation osseuse se fit sans autre accident.

Il n'est pas inutile de noter que le malade n'était pas préoccupé de sa blessure; il était bien convaincu qu'il guérirait complètement; il n'avait aucune crainte de rester infirme.

Le 10 novembre (67e jour après l'accident), on enleva la gouttière. Log... fut tout surpris de pouvoir à peine remuer ses doigts et de ne plus sentir son avant-bras ni son bras. On crut tout d'abord que cela tenait à la compression prolongée du membre et que cela allait disparaître; mais pas du tout, la paralysie persista et le malade se décida à entrer à l'hôpital le 29 novembre 1888.

Il avait alors une parésie très marquée du membre supérieur droit. Les mouvements volontaires étaient possibles, mais faibles. La pression de la main droite sur le dynamomètre donnait 21 kilog., alors que celle de la main droite s'élevait à 43 kilog.

Les muscles de la main, de l'avant-bras et du bras, étaient très amaigris. Les réactions électriques étaient normales.

Le sens musculaire était aboli : les yeux fermés, le malade perdait le membre paralysé; il ne pouvait porter la main à son nez sans hésitation.

Il y avait en outre une anesthésie complète, en forme de manche de veste, s'étendant depuis la ligne métacarpo-phalangienne jusqu'à une ligne circulaire passant en avant par le milieu du grand pectoral, en arrière par le bord spinal de l'omoplate *(fig. 49).*

Enfin, l'examen révélait quelques autres stigmates hystériques : le réflexe pharyngien était aboli et les deux champs visuels présentaient un rétrécissement concentrique notable *(fig. 50).*

L'aimantation n'ayant donné aucun résultat, nous traitâmes ce malade par la faradisation, et en quelques semaines il fut tout à fait guéri.

Les particularités les plus saillantes de cette observation sont :

1° L'apparition tardive de la paralysie, qui semble ne s'être développée qu'après l'enlèvement de l'appareil de fracture, soixante-sept jours après le traumatisme initial ;

2° La disposition en manche de veste de l'anesthésie cutanée du membre paralysé;

3° La guérison rapide à la suite de quelques séances de faradisation.

Obs. II. — *Monoplégie hystéro-traumatique du membre supérieur droit : Guérison par la suggestion.* — Guil..., trente-six ans, ouvrier de l'usine à gaz, est entré à l'hôpital le 20 février 1889.

Antécédents héréditaires : Grand'mère très nerveuse. *Père* violent. *Mère* sujette à des attaques hystériques ou épileptiques? *Tante* franchement hystérique.

Antécédents personnels : A dix-sept ans variole. Pas d'autres maladies. Guil... a fait son service militaire sans punition. Il est bon ouvrier, laborieux, honnête, courageux ; il a plusieurs fois exposé sa vie pour accomplir des sauvetages périlleux.

Début des accidents : Le 22 février 1888, il eut le pouce de la main droite pris entre une courroie de transmission et un arbre de couche. Il ne perdit pas connaissance. On le transporta chez le Dr Gautier qui constata un écrasement profond de l'extrémité du pouce avec dénudation de la phalangette et appliqua un premier pansement. Le malade était très ému, mais il jouissait de toutes ses facultés : son bras n'était pas paralysé.

Les jours suivants il souffrit beaucoup de la plaie. Il était très inquiet des suites possibles de sa blessure. Il craignait que la gangrène n'envahît son mal; il avait peur de rester infirme. Son sommeil était troublé par des cauchemars; il ne rêvait cependant jamais à des accidents de machine. Un tremblement assez intense, qui apparut alors dans le membre supérieur gauche, vint encore augmenter ses inquiétudes. Ce tremblement dura quinze jours et se dissipa spontanément sans cause connue.

Cependant la plaie guérissait lentement. Après deux mois de traitement elle était à peu près cicatrisée, mais la cicatrice était toujours douloureuse. Guil... ne pouvait pas encore reprendre son travail habituel; il portait toujours sa main en écharpe et on l'employait à surveiller des travaux de l'usine.

Le 8 juillet 1888, il eut une grande attaque convulsive, accompagnée de sanglots et de contracture des membres, qui dura quatre heures. Quand il revint à lui, il s'aperçut qu'il ne sentait plus son membre supérieur droit et qu'il ne pouvait s'en servir. Jusqu'au mois de novembre l'inertie de ce membre fut complète. A partir de cette époque, la motilité reparut petit à petit sans jamais se rétablir complètement. Le malade, convaincu que la cicatrice de son pouce était la cause de la paralysie, alla prier M. Gautier de lui amputer le doigt, et comme celui-ci refusait de faire une opération qui ne lui paraissait pas suffisamment indiquée, Guil... se prit à pleurer, à grincer des dents, et il eut une deuxième attaque convulsive. Quelques jours après il entrait à l'hôpital, où nous constations les symptômes les plus nets d'une monoplégie hystéro-traumatique :

Parésie très marquée du membre supérieur droit : les mouvements de la main et de l'avant-bras de l'épaule sont presque impossibles. Pression

dynamométrique : main droite, 0; main gauche, 46 kilog. Amaigrissement léger de tous les muscles du membre. Réflexes tendineux conservés.

Fig. 51. — Distribution de l'anesthésie chez Guil...

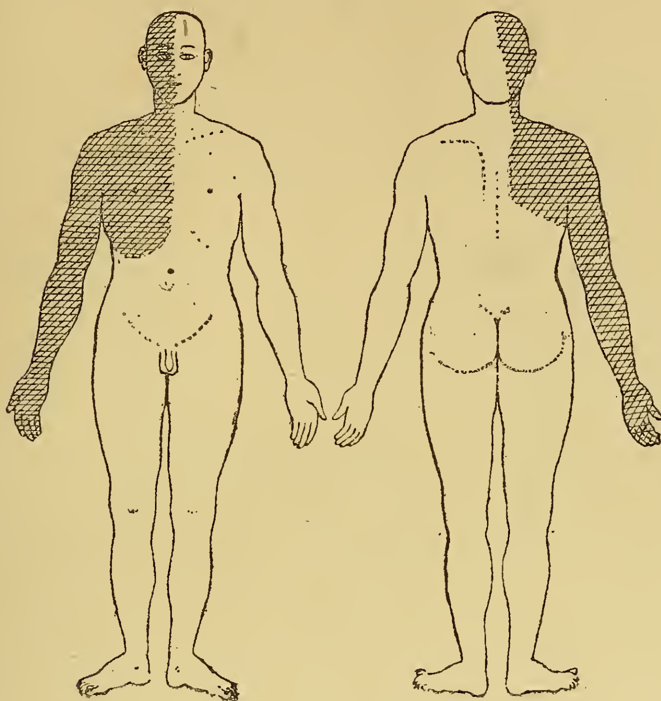
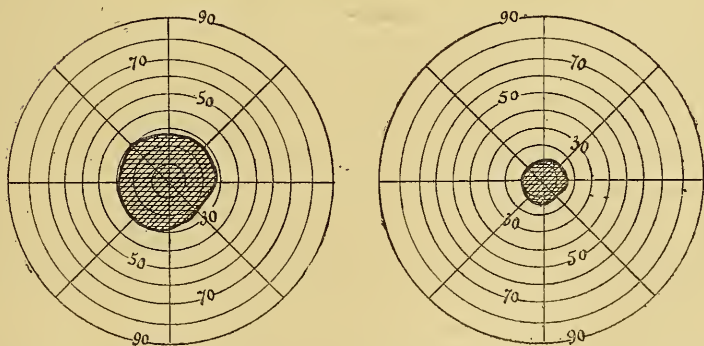


Fig. 52. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Guil...



Anesthésie superficielle et profonde de tout le membre paralysé jusqu'à l'épaule et d'une partie du tronc et de la face *(fig. 51)*, rétrécissement très marqué des champs visuels; surtout de celui du côté droit *(fig. 52)*.

Nous reconnûmes également que le malade était hypnotisable et nous en profitâmes pour le traiter par suggestion, ce qui réussit à merveille : dès la première séance il serra le dynamomètre avec une force de 16 kilog., et après quelques jours il était complètement guéri. Il a repris ses fonctions à l'usine à gaz depuis le mois d'avril et n'a pas eu de nouveaux accidents.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette observation, c'est la guérison par suggestion. Il existe déjà dans la science quelques faits analogues[1], mais ils sont peu nombreux et, dans la grande majorité des cas, les malades atteints de paralysies hystéro-traumatiques sont réfractaires à l'hypnotisation et à la suggestion.

Obs. III. — *Monoplégie hystéro-traumatique du membre supérieur droit. Guérison par l'aimantation.* — Le Bl..., journalier, trente et un ans, entré à l'hôpital le 19 mars 1888.

Antécédents héréditaires : Père alcoolique endurci. *Mère,* sujette à des attaques de nerfs, est morte dans un asile d'aliénés où elle était restée enfermée pendant dix-huit ans.

Antécédents personnels : A quatorze ans, Le Bl... commence à se livrer à la masturbation et à commettre des excès alcooliques. A seize ans, il quitte son pays et entreprend une série interminable de voyages. Il va, presque toujours à pied, à Nantes, Saumur, Paris, Lyon, Quimper; il parcourt dans tous les sens la Savoie, les Ardennes, la Suisse et la Belgique. Interrogé sur la cause de ces incessantes pérégrinations, il prétend que lorsqu'il est depuis quelques semaines dans un pays, il s'ennuie à tel point qu'il préfère partir, pour n'importe où, que de rester en place. Ces voyages ne l'empêchent pas d'ailleurs de se livrer à la boisson. Aussitôt qu'il a quelques sous, il s'installe au cabaret, où il s'enivre au moins deux fois par semaine.

Début des accidents : Le 8 mars 1888, Le Bl..., se trouvant à Bordeaux, alla visiter la foire en s'arrêtant à tous les débits qu'il rencontrait. Le soir il était ivre-mort. Il monta sur des chevaux de bois et se rappelle qu'en descendant il fit une chute sans gravité. Il ne sait pas comment il a passé le reste de la nuit. Le lendemain matin, quand il reprit conscience de son être, il était sur la route du Médoc. Il voulut alors rouler une cigarette, mais il s'aperçut que sa main droite était lourde, engourdie, inhabile, incapable d'obéir avec précision aux ordres de la volonté. Cet état persistant les jours suivants, le malade entre à l'hôpital le 13 mars.

Il avait alors une paralysie complète de la main et de l'avant-bras droit. Les mouvements de l'épaule étaient possibles mais affaiblis. Pas d'amaigrissement appréciable des muscles paralysés. Pas de perte du sens musculaire.

[1] M. Journée, médecin major au 101e de ligne, a observé le cas suivant : un homme de vingt ans, ayant une paralysie hystéro-traumatique incomplète du membre supérieur droit survenue à la suite d'un coup de bouton de fleuret qui avait atteint pendant une leçon d'escrime le pli du coude, se présente à la consultation. M. Journée l'hypnotise par la fixation du regard et lui suggère qu'il est guéri. Au réveil la paralysie avait disparu. (*Progrès médical,* 24 novembre 1888.)

La station debout et la marche sont normales. Forces : main droite 6 kilog.; main gauche, 35 kilog. En outre, il y avait une hémi-analgésie de presque

Fig. 53. — Distribution de l'analgésie cutanée chez Le Bl...

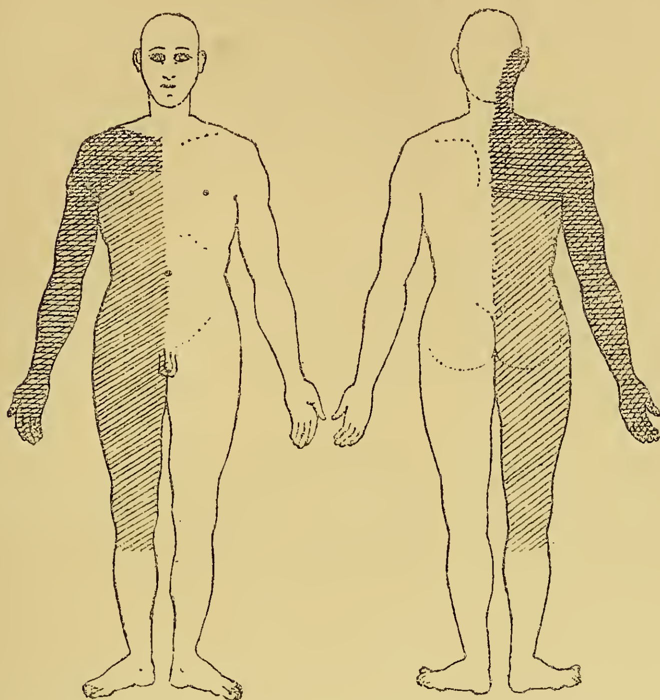
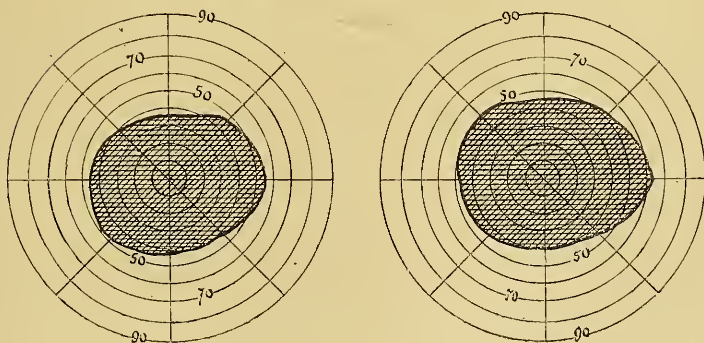


Fig. 54. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Le Bl...



tout le côté droit du corps (peau et muqueuses) *(fig. 53)*, une abolition complète du réflexe pharyngien, un rétrécissement concentrique notable des deux champs visuels *(fig. 54)*.

Le malade resta près d'un mois dans la salle sans être traité activement. La parésie ne se modifiait pas ou ne se modifiait qu'avec une extrême lenteur, puisque le 13 avril la main droite ne fournissait qu'une pression de 10 kilog. On appliqua alors un très fort aimant sur l'avant-bras droit. Avant la séance, la force mesurée par le dynamomètre était de 10 kilog. pour la main droite, et de 32 kilog. pour la main gauche. Après la séance elle s'était élevée à 23 kilog. pour la main droite et 40 kilog. pour la main gauche. Le 17, après une seconde application de l'aimant, la force de la main droite s'était élevée à 31 kilog. et celle de la gauche à 42 kilog.

Le malade quitte l'hôpital le lendemain, se considérant comme tout à fait guéri.

Chez les trois malades dont je viens de vous rappeler les observations, la guérison a été relativement rapide. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Dans certains cas les paralysies hystéro-traumatiques persistent immuables pendant des mois et des années malgré tous les traitements qu'on leur oppose. En voici un exemple :

Obs. IV. — *Monoplégie hystéro-traumatique du membre supérieur droit persistant depuis cinq ans*[1]. — Sylv... est un gros garçon illettré d'une intelligence très peu développée, qui est entré en 1882 au 6e hussards.

Les *antécédents héréditaires* sont insignifiants : sa *mère* est morte jeune, d'une maladie inconnue; son *père* est mort à soixante-quatorze ans d'une affection cérébrale.

On ne trouve dans ses *antécédents personnels* aucune trace de nervosisme. Dans son enfance il a eu la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde, la cholérine. Mais depuis l'âge de treize ans jusqu'à son arrivée sous les drapeaux, il a joui d'une excellente santé. Pas d'excès alcooliques, pas de syphilis.

Le 8 mai 1884, Sylv..., alors âgé de vingt-quatre ans, fit une chute de cheval dans laquelle il se cassa le radius droit. Il avait perdu connaissance au moment de l'accident, mais il reprit bientôt ses sens. On le transporta à l'hôpital militaire où on lui appliqua un appareil de fracture qui resta en place jusqu'à la fin de juin. Lorsqu'on l'enleva, la fracture était consolidée, les mouvements de la main et de l'avant-bras étaient un peu gênés, mais il n'y avait pas de paralysie. Sylv... demanda et obtint un congé de convalescence. Il quitta l'hôpital militaire le 2 juillet, cinquante-cinq jours par conséquent après l'accident. En se rendant à la gare il fut surpris de ne pouvoir prendre son mouchoir dans sa poche, de la main droite. Au guichet de délivrance des billets, il ne put se servir de sa main pour exhiber ses papiers et pour payer sa place. Le membre supérieur droit était complètement paralysé et anesthésié (*fig.* 55).

[1] L'observation de ce malade est rapportée dans le mémoire de M. Duponchel sur l'*Hystérie dans l'armée* (*Revue de médecine*, 1886).

Quand son congé de convalescence fut expiré, on le soumit à divers traitements : électrisation, douches sulfureuses, cure thermale de Barèges, etc., mais la paralysie ne subit aucune modification.

Fig. 55. — Anesthésie cutanée en manche de veste chez Sylv...

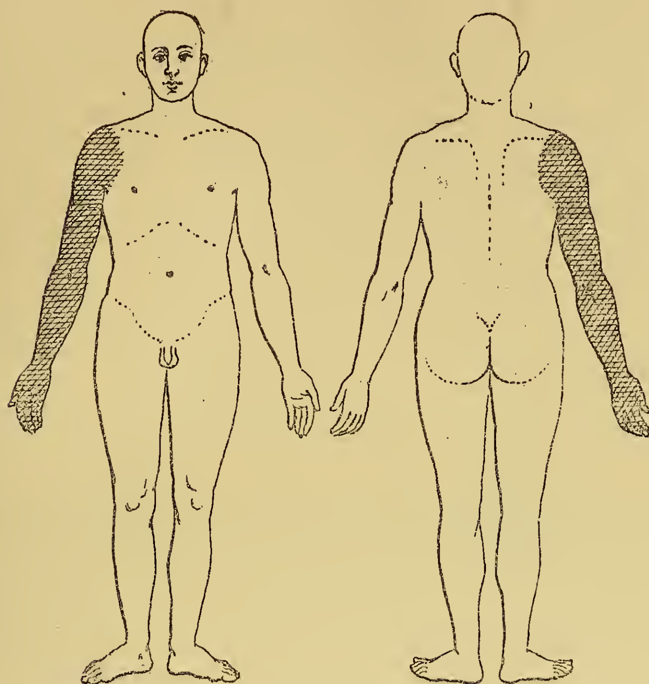
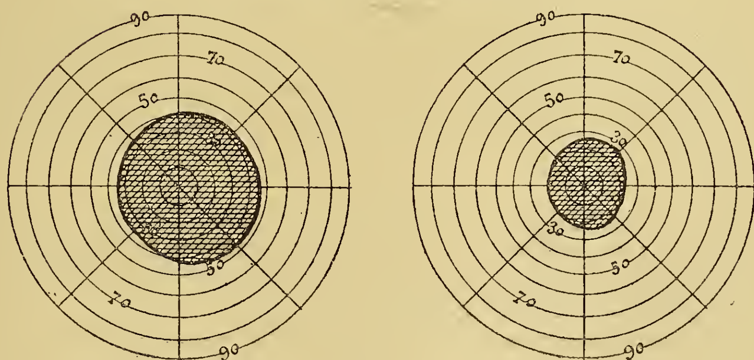


Fig. 56. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Sylv...



Au mois de décembre 1885, M. Duponchel constata les phénomènes suivants :

Paralysie flaccide complète de tout le membre supérieur droit, sans

atrophie des muscles ni troubles trophiques cutanés. Anesthésie absolue à la douleur, à la température, au contact, de tout le membre paralysé, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'épaule *(fig. 55)*. Les yeux fermés, le malade ne se rend aucun compte des déplacements qu'on imprime à ce membre.

Rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel droit *(fig. 56)*. Réflexe pharyngien aboli.

Quelques mois plus tard (mai 1886), Sylv... fut présenté à la commission de réforme. Une discussion s'étant engagée au sujet de la solution à adopter, il y prit part avec une certaine vivacité et une profonde émotion. Tout à coup, il pâlit, perdit connaissance et tomba dans un sommeil léthargique qui dura trois heures, fréquemment interrompu par des crises de sanglots avec spasmes pharyngiens et contractures diverses.

Depuis lors son état n'a pas varié. Il est venu à diverses reprises à notre consultation externe en 1887 et 1888. Nous l'avons soumis à l'aimantation, à l'électrisation statique et faradique, à la flagellation céphalique; nous lui avons fait suivre un traitement hydrothérapique régulier pendant plusieurs mois : tout a été inutile; l'anesthésie et la paralysie absolues du membre supérieur droit n'ont subi aucune modification appréciable. Nous avons tenté de l'hypnotiser sans pouvoir y réussir.

Sylv... a quitté Bordeaux depuis quelques mois; j'ignore ce qu'il est devenu.

La longue durée de la paralysie ne doit pas faire repousser le diagnostic que des caractères très précis nous ont conduit à poser. Cette stabilité des phénomènes pathologiques est même un élément du diagnostic. Il n'y a pas une affection organique du système nerveux qui soit susceptible de rester ainsi fixe, immuable, pendant plusieurs années consécutives. Toute lésion aurait eu une évolution. Un accident hystérique seul peut s'immobiliser ainsi.

Dans certains cas, les paralysies hystéro-traumatiques guérissent incomplètement et les malades conservent fort longtemps une faiblesse plus ou moins accentuée des parties qui ont été le siège de la paralysie. C'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas suivant :

Obs. V. — *Monoplégie hystérique du membre supérieur gauche consécutive à un coup de fouet sur le front. Guérison incomplète avec persistance de quelques stigmates hystériques.* — Bertrand Agr..., quarante-neuf ans, commissionnaire.

Antécédents héréditaires : Son *père* et sa *mère* étaient tous les deux d'une extrême violence de caractère. Ils sont morts de maladies aiguës, l'un à soixante-six, l'autre à quarante-cinq ans.

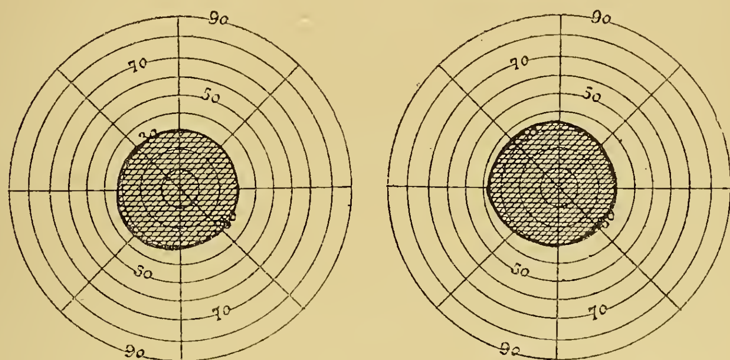
Antécédents personnels : Convulsions fréquentes durant la première

enfance. A huit ans, tumeur blanche suppurée du pied. Depuis lors aucune maladie grave. Pas d'excès alcooliques habituels; pas de syphilis.

Début de la monoplégie : Le 17 avril 1886, Agr... reçut sur la partie antérieure du front un fort coup de fouet qui cingla transversalement la peau au-dessus des sourcils. Il y eut même à ce niveau une petite plaie couture qui laissa écouler quelques gouttes de sang, mais qui guérit très rapidement. Dès le lendemain de l'accident, Agr... se plaignit de maux de tête, de vertiges et de fatigue rapide de la vue. Deux jours après, en se levant le matin, il constata que son membre supérieur gauche était presque complètement paralysé. Il entra aussitôt à l'hôpital.

Évolution de la maladie : A son arrivée dans le service on constata une paralysie flaccide et complète du membre supérieur gauche. Soulevé et abandonné à lui-même, l'avant-bras retombait lourdement sur le lit. Les mouvements volontaires du bras, de l'avant-bras et de la main étaient

Fig. 57. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Agr...



impossibles. Le malade ressentait dans ces parties des fourmillements et des picotements incommodes, mais pas de vives douleurs. La notion de position était mal perçue. Les réactions électriques des muscles étaient normales. Pas de troubles trophiques. Hypoesthésie légère de tout le membre paralysé. La face était symétrique; la motilité de la langue normale; cependant l'articulation des mots était un peu embarrassée.

Rien d'anormal dans le membre supérieur droit ni dans les deux membres inférieurs.

Pas de zones spasmogènes. Il n'a été fait aucune tentative d'hypnotisation.

Rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels (*fig. 57*). Abolition du réflexe pharyngien.

Après quelques semaines de traitement hydrothérapique, les mouvements volontaires reparurent progressivement dans le membre supérieur gauche. Quand le malade quitta l'hôpital, au commencement du mois de juillet 1886, il serrait le dynamomètre avec une force de 36 kilog. de la main droite et

de 21 kilog. seulement de la main gauche. Mais le champ visuel était toujours rétréci.

Depuis lors Agr... est revenu à diverses reprises dans le service pour des affections accidentelles légères. Les forces n'ont pas augmenté : son membre supérieur gauche est toujours notablement plus faible que le membre supérieur droit; il a toujours du rétrécissement concentrique des champs visuels et son réflexe pharyngien n'a pas reparu. Mais il se préoccupe fort peu de ces accidents, qui ne l'empêchent pas de vivre de la vie commune et d'exercer sa profession.

III

Les cas dont je viens de vous rappeler les détails sont des exemples typiques de monoplégies hystéro-traumatiques. Il y a seulement cinq ou six ans, on eût été fort embarrassé pour les interpréter. Aujourd'hui leur diagnostic est des plus simples, bien que tout ne soit pas encore parfaitement clair dans leur histoire. Leur nature hystérique n'est pas douteuse, mais le mécanisme de leur production est entouré d'une profonde obscurité. M. Charcot les classe parmi les paralysies d'origine psychique, à cause de leurs analogies symptomatiques avec les paralysies qu'on peut créer à volonté, par suggestion, chez les sujets hypnotisés. Si j'ai bien compris les idées du savant professeur de la Salpêtrière, les choses se passeraient de la façon suivante : le traumatisé, inquiet des conséquences possibles de la blessure portant sur l'un de ses membres, s'exagérerait l'importance de son mal et deviendrait paralytique par le fait d'une auto-suggestion inconsciente.

L'hypothèse est séduisante. Elle explique, d'une façon assez satisfaisante, l'apparition tardive de la plupart des paralysies hystéro-traumatiques, mais elle ne s'adapte pas facilement à tous les cas. On pourrait la soutenir avec vraisemblance à propos de celui de nos malades qui a eu une monoplégie du membre supérieur droit, cinq mois après avoir eu le pouce écrasé dans un engrenage de machine (obs. II), car à partir du jour de l'accident il paraît s'être préoccupé outre mesure de sa blessure. Mais les autres n'ont eu aucune inquiétude. Le maître d'hôtel de l'observation I a toujours été convaincu que sa fracture de l'avant-bras n'avait aucune gravité, et l'ivrogne de l'observation III s'est à peine aperçu de la chute qui a provoqué sa monoplégie. Il est bien difficile d'invoquer dans ces deux cas un phénomène d'auto-suggestion.

Vous remarquerez en outre qu'un seul de nos cinq malades a pu être hypnotisé et traité avec succès par la suggestion hypnotique (obs. II). Les quatre autres n'étaient ni hypnotisables ni suggestibles à l'état de veille. Ils ressemblaient en cela à la plupart des sujets atteints de paralysies hystéro-traumatiques dont les observations ont été publiées jusqu'à ce jour. Peut-on logiquement admettre que des malades si peu sensibles à l'action des procédés hypnogènes vulgaires, le soient autant à l'influence des auto-suggestions?

En somme, la théorie psychique des paralysies hystéro-traumatiques doit être considérée, jusqu'à plus ample informé, comme une tentative très ingénieuse d'interprétation pathogénique dont la démonstration scientifique n'est pas encore rigoureusement établie. Elle explique peut-être quelques cas particuliers, mais il serait téméraire de la généraliser.

IV

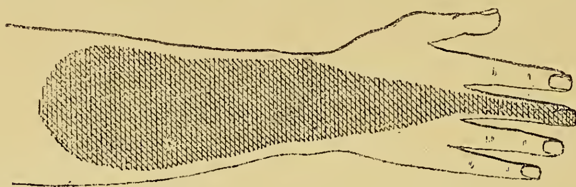
Les paralysies hystéro-traumatiques portent habituellement à la fois sur la motricité et la sensibilité. Dans un certain nombre de cas cependant la sensibilité est seule atteinte. A côté des paralysies hystéro-traumatiques vulgaires, il convient donc de décrire des anesthésies hystéro-traumatiques. Ces anesthésies sont quelquefois très étendues, comme dans l'observation de M. Morisani dont je vous ai parlé dans une des précédentes leçons (XIVe leçon, p. 176). D'autres fois elles sont bornées à un membre, ou à un segment de membre ou à une partie limitée du corps. Je puis vous montrer un exemple de ces dernières :

Obs. VI. — *Anesthésie hystéro-traumatique du médius et de la face dorsale de la main et de l'avant-bras.* — Le nommé Chab..., âgé de quarante ans, est un ouvrier robuste et intelligent dont la santé a toujours été excellente. Il a d'excellents antécédents héréditaires; il n'a jamais fait d'excès alcooliques; il n'a jamais eu la syphilis.

Il exerce la profession d'ajusteur-mécanicien dans les chantiers de la Compagnie Transatlantique. Il y a dix-huit mois, il eut l'extrémité du médius droit écrasée par une pièce de fer. Au moment de l'accident il éprouva une douleur très vive, mais il ne perdit pas connaissance. Il put même se rendre à pied chez un pharmacien pour faire panser sa blessure. Une quinzaine de jours après, il s'aperçut que le dos de sa main droite était insensible au contact, à la piqûre et au pincement. Depuis lors, et malgré la guérison complète de la plaie du doigt, l'anesthésie a persisté;

elle s'est même étendue bien au delà de ses limites primitives. Actuellement elle occupe toute la face dorsale du médius, une bonne partie du dos de la main et presque toute la face postérieure de l'avant-bras, jusqu'au voisinage du coude *(fig. 58)*. La peau qui recouvre ces régions ne présente pas de troubles trophiques; elle a la même coloration et la même température que celle des régions symétriques du côté opposé. La sueur y est sécrétée comme dans les autres parties du corps. Le malade y éprouve cependant une sensation permanente de froid qui devient presque douloureuse pendant l'hiver. A son niveau, le contact, le pincement, la brûlure, la piqûre ne provoquent aucune sensation, mais les excitations énergiques déterminent une dilatation très nette des pupilles. Le médius ne se meut pas aussi librement que les autres doigts; il reste étendu quand le malade veut fermer la main.

Fig. 58. — Ilot d'anesthésie sur la face dorsale de la main et de l'avant-bras de Chab...



Sur tout le reste du corps la peau a conservé sa sensibilité normale. Pas d'anesthésies sensorielles. Le champ visuel n'est pas rétréci. Le réflexe pharyngien est conservé. Pas de troubles psychiques, pas de céphalée.

Malgré l'absence d'autres stigmates précis, l'îlot d'anesthésie occupant la face dorsale de la main et de l'avant-bras droits doit être, ce me semble, rapporté à l'hystérie. Son apparition tardive, sa forme, son extension au-dessus des points meurtris par la blessure initiale, l'absence de troubles trophiques, la conservation du réflexe pupillaire lorsqu'on pique les parties insensibles du tégument, doivent faire éliminer l'hypothèse d'une lésion des nerfs périphériques. Selon toute vraisemblance, il s'agit là d'un accident hystéro-traumatique local. J'ajouterai que dans un cas analogue j'ai vu la suggestion hypnotique rétablir la sensibilité dans l'index et le médius d'une jeune femme chez laquelle ces deux doigts étaient devenus anesthésiques plusieurs années auparavant, à la suite d'un écrasement du poignet par un engrenage de machine.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

DES HÉMIPLÉGIES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Observation d'une malade frappée subitement d'hémiplégie à la suite d'une émotion morale.

II. Discussion du diagnostic. Indications du traitement.

III. Description des diverses variétés d'hémiplégies hystériques : 1° diplégies; 2° hémiplégies avec hémi-spasme glosso-labié; 3° triplégies; 4° hémiplégies alternes; 5° hémiplégies doubles.

IV. Complications des hémiplégies hystériques : œdèmes sous-cutanés, atrophie musculaire, contracture permanente.

MESSIEURS,

La jeune femme que je vais vous présenter était, il y a trois jours, alerte et ingambe. Hier matin, en faisant sa toilette, elle a éprouvé subitement un vertige et, sans perdre complètement connaissance, s'est affaissée sur un canapé. Depuis ce moment, elle est incapable de mouvoir ses membres du côté gauche. On a dû la transporter à l'hôpital en voiture, et la voilà impotente, hémiplégique, comme si elle avait été frappée d'une hémorragie cérébrale.

Cependant, à certains caractères que je vous exposerai dans un instant, on peut reconnaître qu'il ne s'agit pas là d'une *hémiplégie vulgaire,* mais bien d'une *hémiplégie hystérique,* ce qui implique un tout autre pronostic. L'hémiplégie vulgaire est, en effet, une affection organique, incurable ou ne comportant que bien peu de chances de guérison complète, tandis que l'hémiplégie hystérique est une affection dynamique, le plus souvent de courte durée, et, dans tous les cas, susceptible de disparaître brusquement, sans laisser après elle aucune trace de son passage.

Il n'est pas indifférent pour la malade d'avoir l'une ou l'autre de ces variétés de paralysie. Il n'est pas indifférent non plus pour le médecin de savoir exactement à laquelle des deux il a affaire;

car s'il annonce l'incurabilité et que la malade guérisse quelques jours après, son affirmation aura jeté inutilement l'alarme dans une famille et provoqué peut-être des résolutions de nature à en compromettre les intérêts; si, au contraire, il promet la guérison et que la malade succombe ou reste indéfiniment infirme, il aura fait naître autour de lui des espérances décevantes plus cruelles que la notion précise de la réalité. Dans les deux cas, il aura compromis sa renommée et se sera aliéné la confiance de ceux qui auront eu recours à lui.

Afin d'éviter, autant que possible, de semblables erreurs, il faut soumettre les cas douteux à des analyses rigoureuses. Aucun détail de l'examen clinique ne doit être omis, aucun renseignement négligé. Les antécédents héréditaires et personnels des malades, les circonstances qui ont précédé l'apparition de l'hémiplégie, le mode de distribution et les caractères propres des troubles de la motilité, les phénomènes sensitifs et psychiques concomitants, tout, enfin, doit entrer en ligne de compte et figurer dans la balance avec sa valeur relative, car tout peut servir utilement au diagnostic. Mais à quoi bon nous arrêter à des préceptes didactiques, quand nous disposons d'un exemple concret! Étudions tout de suite notre malade, en commençant par prendre connaissance des notes recueillies sur elle par notre excellent interne M. E. Bitot. Nous verrons ensuite quelles sont les raisons sur lesquelles doit être établi le diagnostic.

I

Observation I. — *Hémiplégie hystérique survenue à la suite d'une émotion morale.* — Marie L..., modiste, âgée de vingt-huit ans, est une femme de taille moyenne, robuste, active, ardente au travail et au plaisir, d'une intelligence vive et d'un esprit assez cultivé.

Antécédents héréditaires : Son *grand-père* et sa *grand'mère* du côté paternel sont morts tous les deux d'apoplexie après être restés paralysés, l'un six ans, l'autre un an. Son *père* était d'un caractère très emporté : à trente-trois ans, à la suite d'une violente colère, il fut frappé d'hémiplégie et mourut trois ans plus tard d'une seconde attaque. Il avait deux frères qui sont encore vivants et d'une irascibilité peu ordinaire. L'un d'eux a une fille, cousine germaine de la malade, qui est sujette à des crises de sanglots et de rêves involontaires, et qui entre, pour la moindre contrariété, dans des colères furieuses.

Du côté maternel, les antécédents sont moins défectueux. La *grand'mère*

est morte de vieillesse; le *grand-père* est mort à soixante-dix-huit ans d'une attaque d'apoplexie; la mère est vivante, bien portante, et d'un caractère fort doux.

Antécédents personnels : Marie a eu une enfance maladive. Dès son jeune âge, elle a été sujette à des épistaxis abondantes, quelquefois suivies de syncopes. A quatre ans, ayant rencontré à l'improviste un montreur d'ours sur un chemin, elle éprouva une telle frayeur qu'elle tomba évanouie. Depuis lors elle a eu fréquemment, à la suite de frayeurs ou de contrariétés, des évanouissements du même genre, dont quelques-uns se sont prolongés d'une façon inquiétante. A quatorze ans, fièvre muqueuse; à quinze ans, menstruation sans accident. A dix-sept ans, on la maria contre son gré à un individu qui lui était peu sympathique. Elle accepta ce mariage comme un pis-aller, mais supporta avec impatience les mille petites misères de la vie conjugale. Un jour on vint lui apprendre que son mari la trompait. Elle voulut s'en assurer, organisa une surveillance et surprit effectivement l'infidèle en flagrant délit de conversation amoureuse avec une maîtresse. Suffoquée par ce spectacle, elle fondit en larmes, perdit connaissance et eut pendant deux heures des convulsions. Six mois plus tard son mari l'abandonna; il enleva clandestinement tout ce qu'elle possédait, meubles, linge, bijoux, et s'enfuit avec sa maîtresse. Quand Marie se trouva seule, dépouillée de son bien, elle entra dans une grande colère et eut une deuxième attaque de nerfs plus violente que la première.

Depuis lors son caractère est devenu fantasque, irascible, mobile; de plus elle est restée sujette à des crises de sanglots ou de rires incoercibles et à des attaques convulsives survenant principalement à l'époque des règles ou à l'occasion de contrariétés, débutant par une aura ovarienne très nette, s'accompagnant de mouvements désordonnés et se terminant quelquefois par des scènes délirantes durant lesquelles elle parle toute endormie. A trois reprises différentes, ces attaques ont été suivies d'une contracture du membre inférieur gauche qui s'est dissipée spontanément dans le courant de la journée.

Malgré ces accidents, Marie L... travaillait régulièrement. Elle avait trouvé dans ces derniers temps une bonne place de commise dans un magasin de nouveautés et reconstituait peu à peu son petit pécule quand sont survenues les complications dont il va être question.

Début de l'hémiplégie : Avant-hier, 29 novembre 1887, Marie L..., qui était réglée depuis la veille, et qui n'avait ressenti dans la journée aucun malaise de nature à fixer son attention, reçut, en sortant de son magasin, une lettre par laquelle un créancier lui réclamait, en termes peu courtois, le payement immédiat d'une ancienne dette. Elle en éprouva un violent dépit, se coucha très irritée, s'endormit difficilement et fut réveillée plusieurs fois dans la nuit par un grand mal de tête. Le lendemain matin, 30 novembre, elle remarqua que ses règles étaient arrêtées. Elle se leva néanmoins à l'heure habituelle et commença à s'habiller. Tandis qu'elle se peignait, elle eut un grand vertige. Elle se laissa choir sur un canapé, sans avoir perdu tout à fait connaissance, et s'aperçut aussitôt que ses

membres du côté gauche étaient complètement paralysés et qu'elle ne pouvait ouvrir librement la bouche. Aux cris qu'elle poussa, des voisins accoururent et, la trouvant perclue, incapable de se tenir debout, ils la transportèrent sur-le-champ dans une voiture qui la conduisit à l'hôpital. Au moment de son entrée dans le service, elle était paralysée seulement des deux membres du côté gauche. Cette nuit la paralysie s'est étendue en outre au membre inférieur droit. A part cette modification, qui ne manque point d'importance, les symptômes étaient les mêmes qu'aujourd'hui.

État actuel : La malade jouit de toute son intelligence. Elle répond avec lucidité aux questions qu'on lui pose.

Les deux membres inférieurs et le membre supérieur gauche sont inertes, flaccides, incapables d'exécuter aucun mouvement volontaire. Soulevés, ils retombent lourdement sur le lit. Leur coloration et leur température sont normales. La malade n'a aucune notion de la position qu'ils occupent ni des déplacements qu'on leur imprime, à moins qu'elle ne s'en rende compte par la vue. La notion d'existence de ces membres est elle-même abolie. Le membre supérieur droit a conservé sa motilité et son énergie. La main donne au dynamomètre une pression de 26 kilog. Les efforts exécutés par le membre supérieur droit ne provoquent pas de mouvements associés dans les membres paralysés.

Les réflexes tendineux des avant-bras et les réflexes rotuliens sont conservés; ils sont sensiblement égaux des deux côtés; ils ne sont ni exagérés ni affaiblis.

La face est parfaitement symétrique, mais la bouche ne peut être ouverte que très incomplètement à cause d'une rigidité très forte des deux masséters. Il en résulte que la langue ne peut être portée hors de la bouche, l'écartement des arcades dentaires ne lui laissant pas un passage suffisant; il en résulte aussi que la malade éprouve quelques difficultés à parler. Elle n'a pas d'aphasie, mais l'articulation des mots est anormale. Elle mouille les sons : au lieu de dire *je,* elle prononce *lieu;* au lieu de *Marie, mallie,* etc. Elle a, en outre, un peu de bégaiement; elle dira, par exemple, *c'est p-p-parfait* ou *je ne s-s-sais pas.*

La sensibilité cutanée est abolie sur la moitié gauche de la face, du cou et du tronc, sur le membre supérieur gauche et sur les deux membres inférieurs *(fig. 59).* Elle est abolie également sur les muqueuses des joues, de la pointe de la langue, sur la conjonctive gauche et sur la muqueuse de la narine gauche. L'ouïe est excellente des deux côtés. Les pupilles sont égales, sensibles à la lumière et à l'accommodation; le champ visuel est rétréci concentriquement des deux côtés (1/2 environ) *(fig. 60);* la vision des couleurs paraît intacte; l'olfaction est abolie à gauche et conservée à droite.

Les réflexes au chatouillement plantaire sont abolis; le réflexe abdominal de Rosenbach est très vif des deux côtés.

Nulle part on ne rencontre de zones spasmogènes. La malade se plaint d'une douleur sourde, profonde, dans la région lombaire de la colonne vertébrale. La pression sur cette région lui arrache des cris, mais ne provoque pas d'attaques; il n'existe pas de zones hypnogènes.

Les grands appareils organiques fonctionnent régulièrement. Le cœur et le poumon sont remarquablement sains; les artères sont souples; le

Fig. 59. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Marie L...

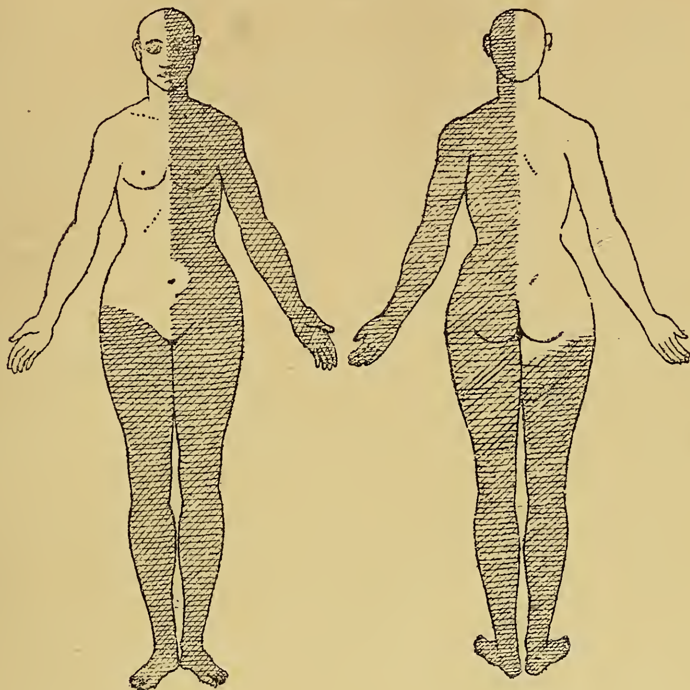
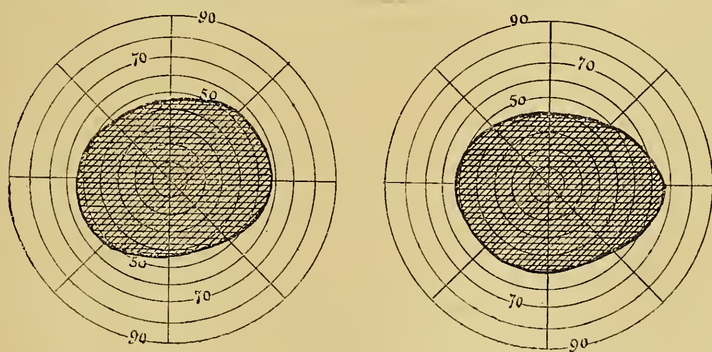


Fig. 60. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Marie L...



pouls est régulier, 90 pulsations par minute. La miction est normale. Appétit modéré. Constipation habituelle. Pas de douleur ovarienne.

II

Les détails de l'observation dont nous venons de prendre connaissance permettent d'affirmer que Marie L... est atteinte d'une paralysie hystérique. Les raisons qui légitiment cette affirmation sont tirées : *a*, de l'étude des antécédents de la malade; *b*, de la connaissance des causes et du mode de début de l'hémiplégie; *c*, de l'analyse de ses caractères symptomatiques. Elles n'ont pas toutes une égale valeur, mais elles apportent toutes à la conclusion une part de probabilités dont la somme rationnellement totalisée équivaut presque à la certitude.

a) L'étude des antécédents montre que Marie L... est sujette, depuis son enfance, à des accidents franchement hystériques. Cela ne prouve assurément pas que l'hémiplégie dont elle a été frappée il y a deux jours soit, elle aussi, de nature hystérique, mais cela crée une présomption favorable à l'hypothèse qu'elle pourrait bien être de nature hystérique.

b) L'histoire des circonstances qui ont déterminé l'apparition de cet accident plaide en faveur de la même hypothèse. Veuillez remarquer que Marie L... est âgée seulement de vingt-huit ans, qu'elle n'a aucun signe permettant de supposer l'existence d'une tumeur cérébrale, qu'elle ne paraît pas avoir eu la syphilis, que son cœur est sain, que ses artères ne sont pas athéromateuses, qu'elle n'a aucune maladie de nature à favoriser la formation de concrétions sanguines intra-vasculaires, qu'en un mot elle ne se trouve pas dans les conditions dans lesquelles se développent habituellement les graves lésions cérébrales capables de donner lieu à des hémiplégies.

Remarquez, en outre, qu'elle est devenue hémiplégique à la suite d'une émotion morale dépressive, c'est-à-dire d'une cause occasionnelle éminemment favorable au développement des accidents hystériques de toute nature.

Ainsi que cela arrive très souvent dans les cas de ce genre, la paralysie n'est pas survenue immédiatement après l'émotion causale; son apparition n'a eu lieu que le lendemain. Les choses se passent ainsi dans un bon nombre de cas de paralysies hystériques consécutives aux traumatismes ou aux émotions morales. M. Charcot a attiré l'attention sur cette particularité. Voici un

exemple tiré de ses cliniques : Henriette A..., dix-neuf ans, blanchisseuse, fille d'un père hémiplégique, était sujette depuis l'âge de seize ans à des attaques de nerfs. Le 29 novembre 1883, pendant son sommeil, une planche placée au-dessus de son lit se descelle et tombe sur sa tête. Elle se réveille en sursaut très effrayée, mais n'ayant reçu aucun traumatisme. Pendant le reste de la nuit elle est agitée et ne peut retrouver le sommeil. Le lendemain matin elle se lève comme d'habitude et va à son travail sans rien éprouver de spécial. A sept heures et demie du soir, elle s'affaisse tout à coup sur le côté droit, sans perdre connaissance, et devient subitement hémiplégique des membres du côté droit. Guérison rapide par la faradisation[1].

Enfin il convient de noter que le vertige initial qui a marqué le début de la paralysie ne s'est pas accompagné de perte complète de connaissance, ce qui serait sans doute arrivé s'il avait coïncidé avec la rupture ou l'oblitération d'une artère cérébrale de quelque importance[2].

c) Arrivons aux preuves tirées de l'étude des caractères objectifs de la paralysie elle-même.

Il est facile de reconnaître, avec un peu d'attention, que notre malade n'est pas atteinte de la paralysie qui succède d'ordinaire aux lésions destructives du cerveau. Les réflexes tendineux sont conservés intacts, sans exagération ni affaiblissement; il n'y a pas de troubles vaso-moteurs; les mouvements actifs du membre supérieur droit, qui a conservé sa motilité, ne provoquent pas de mouvements associés dans les membres paralysés; le réflexe abdominal de Rosenbach se produit avec la même vivacité des deux côtés. Tout cela serait fort anormal si nous avions affaire à une hémiplégie de cause organique. Dans ce cas, les réflexes tendineux seraient vraisemblablement exagérés, les parties paralysées seraient plus chaudes que les autres, les mouvements actifs des membres sains seraient accompagnés de petits mouvements

[1] Charcot, *Hémiplégie hystérique*, leçon recueillie par M. P. Marie (*Progrès médical*, 1884, p. 205).

[2] « Quand la paralysie hystérique se fait brusquement, dit Briquet, elle débute comme elle le ferait à la suite d'une hémorragie cérébrale; seulement elle n'est pas précédée par une perte de connaissance. » C'est en effet ainsi que se passent les choses dans la majorité des cas d'hémiplégie hystérique, mais non dans tous. Sydenham a eu raison de dire : « Quand l'hystérie attaque le cerveau, elle produit quelquefois une apoplexie entièrement semblable à l'apoplexie ordinaire et qui se termine comme elle par l'hémiplégie. » M. Achard a réuni récemment un certain nombre d'exemples d'ictus apoplectiformes d'origine hystérique dans son intéressante thèse de doctorat: *De l'apoplexie hystérique*. Paris, 1887.

associés dans les membres impotents, et le réflexe de Rosenbach serait aboli du côté correspondant à l'hémiplégie[1].

Mais ce qui serait plus anormal encore, c'est la présence d'une anesthésie cutanée et profonde, occupant à la fois toute la moitié gauche du corps et toute l'étendue du membre inférieur droit; c'est, enfin, la coexistence d'une contracture des mâchoires avec une paralysie flaccide des membres et la coïncidence d'une monoplégie du membre inférieur droit avec une hémiplégie des membres du côté gauche. Les hémiplégies organiques ne présentent habituellement pas de telles irrégularités de distribution. Elles sont constituées, dans la grande majorité des cas, par une paralysie hémilatérale portant à la fois sur le membre supérieur, sur le membre inférieur et sur une moitié de la face. Il en est tout autrement pour les hémiplégies hystériques. Celles-ci épargnent souvent la face ou, si elles l'atteignent, c'est sous la forme de *contractures* de certains muscles du visage, comme cela s'est produit chez notre malade, ou d'*hémispasme glosso-labié* avec entraînement de la bouche et déviation excessive de la langue du côté correspondant à la contraction spasmodique de la musculature de la face et de la langue, ainsi que l'a montré M. Charcot.

Qui dit hémiplégie hystérique, dit hémiplégie curable. Formuler ce diagnostic, c'est nous imposer le devoir de chercher à débarrasser notre malade, le plus vite possible, de l'infirmité temporaire pour laquelle elle est entrée à l'hôpital. Quel traitement allons-nous employer? Le choix est malaisé, car si tout peut réussir à provoquer la cure rapide de certaines paralysies hystériques, tout peut également échouer, au moins pendant un temps fort long, et rien ne permet de reconnaître *a priori* quel sera, dans tel cas particulier, le moyen le plus sûrement efficace.

Peut-être arriverions-nous à guérir subitement notre malade en lui affirmant impérieusement qu'elle est guérie, en lui disant avec assez de *maëstria* pour produire sur son esprit une impression profonde : « Levez-vous et marchez. » Mais c'est là un procédé difficile à manier, surtout par des personnes qui ne possèdent ni la conviction des thaumaturges, ni l'audace des Cagliostro.

La suggestion hypnotique présenterait moins de difficultés d'application; mais notre malade n'a jamais été hypnotisée, et j'éprouve toujours une certaine répugnance à commencer l'éduca-

[1] Voyez, à ce sujet, P. Marie et Souza-Leite, *Contribution à l'étude de la paralysie hystérique sans contracture* (*Revue de médecine*, 1885, pp. 421-430).

tion hypnotique des personnes qui viennent réclamer nos soins.

Les accidents hystériques persistants, tels que les paralysies, les contractures, les spasmes rythmiques, etc., disparaissent fréquemment par le seul fait de la provocation d'une ou de plusieurs attaques convulsives; mais nous ne sommes pas en mesure d'employer, dans le cas actuel, ce mode de traitement, puisque nous n'avons pas trouvé de zones spasmogènes actives sur le corps de Marie L...

Parmi les procédés d'un usage courant et d'un maniement facile, il nous reste l'électrisation et l'aimantation. Dès aujourd'hui nous essaierons l'aimantation des membres paralysés, et si nous n'obtenons pas des résultats satisfaisants, nous aurons recours à la faradisation. J'espère, sans pouvoir vous l'affirmer, que l'un ou l'autre de ces agents thérapeutiques produira l'effet curatif que nous en attendons[1]. Il est à peine besoin d'ajouter que nous soumettrons en même temps la malade à un traitement général dont les toniques et l'hydrothérapie formeront les bases.

III

L'hémiplégie hystérique ne se présente pas toujours avec la forme que nous venons de constater dans un cas particulier. En réalité, il y en a plusieurs variétés distinctes dont les principales sont :

1° Les *hémiplégies partielles* ou *diplégies,* dans lesquelles les deux membres d'un côté du corps sont paralysés, la face et la langue étant épargnées;

2° Les *hémiplégies totales,* dans lesquelles certains troubles de la motilité du visage coexistent avec la paralysie des membres du même côté;

3° Les *hémiplégies avec paraplégie* ou *triplégies,* dans lesquelles la paralysie frappe simultanément les deux membres inférieurs et un seul membre supérieur, avec ou sans participation de la face et de la langue;

4° Les *hémiplégies alternes,* dans lesquelles les troubles de la motilité portent sur les muscles d'un côté de la face et sur les deux membres du côté opposé;

[1] Quinze jours après cette leçon, la malade, soumise à quelques séances d'aimantation et de faradisation, quittait l'hôpital, complètement guérie de l'hémiplégie pour laquelle elle y était entrée.

5° Enfin, les *hémiplégies doubles* ou *quadriplégies,* dans lesquelles les quatre membres sont paralysés.

Je vous dirai quelques mots de chacune de ces variétés dont la description n'a d'ailleurs d'intérêt qu'au point de vue du diagnostic.

1° Les *diplégies hystériques* sont très fréquentes. Elles ont été fort bien décrites en quelques lignes par R.-B. Todd. « La face et la langue, dit l'auteur anglais, sont épargnées; la paralysie, limitée aux membres supérieurs et inférieurs, est souvent incomplète; les muscles sont habituellement flasques et ne sont pas plus amaigris que ceux du côté opposé; quelquefois l'un ou l'autre des membres paralysés est le siège de spasmes musculaires ou de rigidité cataleptique. Dans la marche, quand la paralysie est assez complète, la jambe est traînée comme un corps étranger et balaye le sol... [1]. »

La diplégie incomplète, qu'on désigne souvent en France sous le nom d'*amyosthénie hémilatérale,* s'observe à des degrés divers chez la plupart des hystériques. Elle ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel grave. Les malades qui en sont atteints ne s'aperçoivent pour ainsi dire pas de l'affaiblissement de leurs membres; ils marchent et travaillent comme si leurs forces étaient égales des deux côtés.

Lorsque la diplégie est plus complète, les membres sont paralysés. C'est alors que les malades marchent, ainsi que l'a indiqué Todd, en traînant la jambe et sont incapables de se servir de leur bras du côté atteint.

Le diagnostic des diplégies hystériques est en général très facile. On pourrait les confondre avec les hémiplégies partielles succédant à certaines lésions destructives limitées de l'écorce des hémisphères cérébraux. Mais les diplégies symptomatiques des lésions corticales sont rares et, de plus, une fois constituées, elles évoluent exactement comme les hémiplégies d'origine capsulaire, c'est-à-dire qu'elles s'accompagnent, dès le début, d'exagération des réflexes tendineux, et, plus tard, de contracture secondaire et de trépidation épileptoïde. L'absence de ces symptômes dans un cas de diplégie durant depuis quelques semaines suffirait à elle seule pour rendre très vraisemblable le diagnostic de diplégie hystérique. Dans un cas douteux, l'étude des antécédents des malades, l'état de la sensibilité de la peau et des muqueuses, l'exploration des champs visuels fourniraient de précieux éléments de distinction.

[1] Robert-Bentley Todd, *Clinical Lectures,* 2e édit. Londres, 1861, p. 771.

2° Les *hémiplégies hystériques totales* présentent une particularité fort remarquable : la face et la langue, au lieu d'être frappées, comme les membres, de paralysie flaccide, sont le siège d'une contracture spasmodique, connue depuis les recherches de M. Charcot sous le nom d'*hémispasme glosso-labié des hystériques*[1].

Fig. 61.
Hémispasme glosso-labié d'après une photographie publiée par MM. Brissaud et Marie (*Progrès médical*, 1887).



Cet hémispasme a des caractères très spéciaux. Au repos, la bouche est asymétrique, la commissure labiale est tirée en haut et en dehors, le sillon naso-labial est plus marqué du côté malade que du côté sain *(fig. 61)*. La langue est appliquée sur le plancher de la bouche, déviée vers le côté malade, et souvent elle ne peut être sortie de la cavité buccale. Quand les malades peuvent la tirer *(fig. 61)*, elle est fortement déviée *en crochet*, sa pointe étant dirigée du côté où siègent l'hémispasme facial et la paralysie flaccide des membres[2]. En outre, quand les malades ouvrent la

[1] Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, passim. — Brissaud et Marie, *De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique* (*Progrès médical,* 29 janvier et 12 février 1887). — Belin, *Hémispasme glosso-labié des hystériques*. Th. doct., Paris, 1888.

[2] M. Charcot rapporte cependant, dans sa leçon du mardi 26 juin 1888, l'observation d'une malade dont la langue était déviée du côté opposé à l'hémispasme facial.

bouche, on aperçoit habituellement, sur les parties contracturées, des secousses musculaires irrégulières semblables à de fortes contractions fibrillaires.

L'hémispasme glosso-labié serait, d'après M. Charcot, caractéristique de l'hémiplégie hystérique. M. G. Lumbroso a rapporté cependant des exemples d'hémiplégies hystériques accompagnées de paralysies flaccides du facial inférieur tout à fait semblables à celles qu'on observe dans les hémiplégies capsulaires[1]. Mais ses observations ne sont pas à l'abri de tout reproche, et, jusqu'à plus ample informé, l'hémispasme glosso-labié doit être considéré comme un des symptômes les plus importants des paralysies hystériques.

Le membre inférieur paralysé se comporte pendant la marche comme il le fait dans le cas de diplégie hystérique.

MM. Brissaud et P. Marie décrivent dans les termes suivants, d'après l'enseignement de M. Charcot, les caractères différentiels de la marche des hémiplégiques hystériques et des hémiplégiques organiques. « Chez les individus atteints de lésion cérébrale en foyer, le membre inférieur paralysé, au lieu d'être, comme dans l'état normal, porté directement en avant au moyen de la flexion de la jambe et de la cuisse, ne peut plus être placé devant le membre inférieur sain que grâce à un mouvement d'abduction qui fait décrire au pied du côté malade une demi-circonférence dont le pied du côté sain marquerait le centre; pendant ce mouvement, le membre extérieur paralysé reste dans l'extension. Chez les hystériques, au contraire, il en est autrement: le membre inférieur paralysé n'est plus porté en avant, il est traîné à la suite du membre sain; le malade marche un peu de la façon dont les petits enfants montent les escaliers, toujours la même jambe en avant; de plus, pendant la marche, le membre inférieur du côté paralysé est souvent un peu fléchi et non plus étendu comme dans les cas de lésion organique[2]. »

C'est dans les cas de ce genre que certains malades soutiennent leurs membres avec des lanières ou s'appuient sur des béquilles, ainsi que le montrent les *planches 3* et *4*. Jamais, dans l'hémiplégie organique vulgaire, les malades n'ont recours à de tels artifices.

Je ne puis, à mon grand regret, vous montrer d'exemple d'hémi-

[1] Giacomo Lumbroso, *Sulla paralisi del faciale di natura isterica* (*Lo Sperimentale*, janvier 1887).

[2] Brissaud et Marie, *Progrès médical*, 1887, p. 84.

plégie hystérique totale avec hémispasme glosso-labié. Nous n'en avons jamais eu dans le service. Vous en trouverez d'ailleurs d'excellentes observations dans les leçons de M. Charcot [1], dans la thèse de Mlle Blanche Edwards [2], etc.

3° Les *triplégies hystériques* sont constituées par la coexistence d'une hémiplégie de la partie supérieure du corps et d'une paraplégie de la partie inférieure, de telle sorte que trois membres (le supérieur d'un côté et les deux inférieurs) se trouvent simultanément paralysés. Ce mode de distribution des troubles de la motilité est assez commun dans l'hystérie [3]. La malade que nous avons examinée tout à l'heure en offre un exemple assez net pour qu'il me paraisse inutile d'insister sur ses caractères.

4° L'*hémiplégie alterne* est presque toujours symptomatique de lésions unilatérales de la protubérance annulaire ou des pédoncules cérébraux. L'hystérie peut cependant réaliser, elle aussi, la combinaison d'une paralysie siégeant sur un côté de la face et sur les membres du côté opposé, ou plutôt elle peut donner lieu à une forme particulière de paralysie alterne, caractérisée par un hémispasme glosso-labié d'un côté et une paralysie flaccide des membres de l'autre côté du corps. Nous en avons eu l'an dernier un exemple dans le service. Le nommé Merl..., ouvrier typographe, âgé de dix-neuf ans, atteint à différentes reprises de coliques et d'arthralgies saturnines, était entré à l'hôpital pour une hémiplégie hystérique. Ses membres du côté gauche étaient le siège d'une paralysie flaccide, et son visage présentait un hémispasme glosso-labié du côté droit [4]. MM. Brissaud et Marie citent, dans leur mémoire sur la déviation faciale dans l'hystérie, un fait analogue.

5° Les *hémiplégies hystériques doubles* frappent également ou inégalement les quatre membres. Une de nos malades, dont je vous raconterai l'histoire en détail quand nous étudierons les troubles trophiques d'origine hystérique [5], a été atteinte à plusieurs reprises

[1] Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière.*

[2] Mlle Blanche A. Edwards, *De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses.* Th. doct., Paris, 1889.

[3] La contracture hystérique affecte souvent le type triplégique, ainsi que le démontrent les observations d'Élisa X..., page 199, et celle d'Élisabeth M..., page 395. L'anesthésie cutanée atteint, elle aussi, chez quelques hystériques, un membre supérieur et les deux membres inférieurs. On en trouvera un exemple dans l'observation de Camélia C..., p. 284.

[4] L'observation se trouve *in extenso* dans la thèse de M. E. Bitot : *L'hystérie mâle dans le service de M. le professeur Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.* Th. doct., Bordeaux, 1890, observation IX, page 57.

[5] Il s'agit là de l'observation V de la XXXVIe leçon, page 495.

différentes de cette forme de paralysie. La première fois elle a guéri en même temps des quatre membres. La seconde, la paralysie a disparu dans les membres du côté gauche, et la malade est restée longtemps après diplégique du côté droit, ce qui semble bien démontrer qu'au point de vue théorique, on peut légitimement considérer les paralysies hystériques des quatre membres comme des diplégies doubles.

IV

Les complications les plus fréquentes des hémiplégies hystériques sont : l'œdème, l'atrophie musculaire et la contracture permanente des membres paralysés. L'œdème et l'atrophie musculaire ont déjà fixé notre attention et je n'ai rien à ajouter à ce que je vous en ai dit il y a quelques jours [1].

La contracture permanente peut coexister avec l'hémiplégie et augmenter dans une certaine mesure les difficultés du diagnostic.

Nous avons en ce moment-ci, à la salle 7, une malade qui est atteinte d'une paralysie flaccide du membre supérieur gauche et d'une paralysie avec contracture du membre inférieur du même côté. Voici un résumé succinct de son observation :

Obs. II. — *Diplégie hystérique du côté gauche; paralysie flaccide du membre supérieur; contracture du membre inférieur.* — Alice Cars..., ménagère, est âgée de trente ans.

Antécédents héréditaires ; Père et *mère* vivants et bien portants; ils sont d'un caractère doux et n'ont jamais eu d'accidents nerveux. Deux *frères* et une *sœur* ne présentent rien de particulier. Pas de renseignements sur les grands-parents.

Antécédents personnels : Alice a été maladive durant toute son enfance. Jusqu'à dix ans elle a été sujette à des convulsions fréquentes. Elle a eu une kératite ulcéreuse qui a couvert ses deux cornées de taies opaques. A sept ans, rougeole grave; à huit ans, fièvre muqueuse; à dix ans, scarlatine suivie de dysenterie.

Réglée à onze ans et demi, elle a été assez bien portante jusqu'à seize ans. A cette époque, elle devint enceinte et accoucha, à terme, d'un enfant vivant et bien constitué.

En février 1884 (elle était alors âgée de vingt-quatre ans et n'avait jamais eu d'accidents hystériques précis), on lui annonça à brûle-pourpoint que son enfant venait d'être victime d'un accident et qu'il était presque mort. Elle courut chez elle comme une folle et trouva son fils meurtri, avec un bras cassé, mais la vie sauve. Elle tomba évanouie et eut sur-le-champ une

[1] Voyez XXXe leçon, pages 394-396, et *planche 6*.

grande attaque de nerfs. Il faut noter qu'elle était réglée en ce moment et que ses règles furent arrêtées du coup. Un mois après, nouvelles attaques convulsives se répétant à de courts intervalles, pendant cinq ou six jours, et accompagnées d'hématémèses abondantes. Ces accidents se reproduisirent régulièrement tous les mois, pendant six mois.

Vers le milieu de 1884, les règles reparurent. En même temps, les hématémèses cessèrent de se produire, mais les attaques convulsives persistèrent. De plus, la malade commença à éprouver une faiblesse si marquée des membres du côté gauche qu'elle fut obligée d'en arriver à se servir d'une canne pour marcher.

Au mois de février 1886, en se baissant un jour pour souffler son feu, elle appuya sa poitrine sur sa canne. Celle-ci se brisa et la malade tomba lourdement sur le devant du foyer. Malgré tous ses efforts, elle ne put se relever seule. Quand on lui porta secours, on s'aperçut qu'elle avait une contracture très violente des muscles du tronc et des membres inférieurs. Elle était recourbée sur elle-même, les jambes fléchies sur les cuisses, les genoux touchant presque le front, et ne pouvait se remuer. Elle resta pendant vingt-cinq jours dans cette position; puis, peu à peu, la contracture se dissipa; Alice put alors recommencer à marcher, mais elle fut obligée de se soutenir avec deux béquilles tant ses membres du côté gauche étaient affaiblis.

Cet état dura, sans modifications appréciables, pendant deux ans consécutifs. En 1888, les forces revinrent dans les membres précédemment paralysés, et, l'année suivante, la malade pouvait marcher comme tout le monde. Elle avait toujours de loin en loin quelques attaques convulsives.

En janvier 1890, elle eut l'influenza. Les attaques convulsives devinrent en même temps plus fréquentes et plus violentes. Au mois de février, une de ces attaques fut suivie de mutisme et de contracture spasmodique des paupières persistant pendant dix jours.

Enfin, le 15 mars 1890, à la suite d'une autre attaque convulsive, la malade est restée diplégique du côté gauche, avec cette particularité que le membre supérieur est depuis le premier jour inerte et flaccide, tandis que le membre inférieur est au contraire rigide.

État actuel le 26 juin 1890 : La malade a conservé toute son intelligence. Elle est gaie, mange et digère bien et n'a aucun symptôme de lésions cardiaques ou pulmonaires. Elle a tous les deux ou trois jours des attaques convulsives régulières à type franchement hystérique. Dans les intervalles de ces attaques, elle a une diminution très manifeste de la sensibilité sur toute la peau du tronc et des membres. Au visage, l'acuité sensitive est normale. Le goût, l'odorat, l'ouïe ne sont pas affaiblis. La vision est presque totalement abolie par suite des opacités anciennes des cornées. L'exploration des champs visuels ne peut être pratiquée à cause de ces opacités.

Le membre inférieur gauche est immobilisé, par une contracture intense, dans une position intermédiaire entre l'extension et la flexion. Le pied est fortement étendu, tandis que les orteils sont fléchis au maximum. Les mouvements volontaires de ce membre sont absolument impossibles. Les mouvements communiqués sont très limités et provoquent une douleur

vive siégeant surtout dans la hanche. Le relèvement brusque de la pointe du pied provoque de la trépidation épileptoïde.

Le membre supérieur gauche est flasque, mou et si faible que la malade ne peut pas l'élever à la hauteur de sa bouche. Le sens musculaire y est aboli. Pression de la main au dynamomètre, 3 kilog.

Les réactions électriques sont normales aussi bien dans les muscles des membres supérieurs que dans ceux des membres inférieurs. On constate seulement un peu de diminution de l'excitabilité galvanique dans le grand pectoral et le biceps gauche.

Les deux membres du côté gauche sont notablement plus amaigris que ceux du côté droit. L'amaigrissement porte uniformément sur toutes les masses musculaires. Il n'y a pas d'atrophie limitée.

Les membres du côté droit ne présentent rien d'anormal.

La motilité de la face et de la langue est intacte. Les traits du visage sont symétriques; la langue peut être tirée hors de la bouche et sa pointe n'est pas déviée. La parole est libre, la déglutition facile.

Le réflexe rotulien est très brusque à gauche, un peu moins à droite, mais cependant plus qu'à l'état normal.

Le réflexe abdominal de Rosenbach est très vif et égal des deux côtés.

Le réflexe pharyngien est faible, presque aboli.

Le diagnostic ne présente, dans ce cas, aucune difficulté : notre malade a une diplégie hystérique des membres du côté gauche avec flaccidité du membre supérieur et contracture du membre inférieur. La coexistence de ces deux manières d'être différentes du système musculaire sur les membres d'un même sujet, est une de ces étrangetés dont l'hystérie nous offre à chaque instant des exemples, mais ce n'est pas une rareté pathologique. J'ajouterai que cela n'aggrave en aucune façon le pronostic, et que, très probablement, notre malade guérira à la fois et de sa paralysie flaccide du bras et de sa contracture de la jambe.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

DES PARAPLÉGIES HYSTÉRIQUES

SOMMAIRE

I. Paraplégies hystériques spasmodiques. Exemple. Éléments et discussion du diagnostic.

II. Paraplégies hystériques flaccides. Exemple. Éléments et discussion du diagnostic.

III. Abasie hystérique. Historique. Description.

IV. Variétés cliniques de l'abasie hystérique. Exemples : 1° abasie à forme paralytique; 2° abasie avec effondrement subit des jambes; 3° abasie à forme sautillante.

Messieurs,

Les paraplégies hystériques sont fréquentes et donnent souvent lieu à des erreurs de diagnostic. « J'ai vu, disait B. Brodie [1], condamner au repos et à la position horizontale, pendant des années, un grand nombre de jeunes filles que l'on soumettait encore à la torture par les cautères et les sétons, alors que le grand air, l'exercice et les distractions les eussent complètement guéries en quelques mois. » Les choses n'ont guère changé depuis l'époque où le chirurgien anglais s'exprimait en ces termes; cependant on se trompe moins souvent depuis qu'on connaît mieux les formes cliniques que peut revêtir la paralysie hystérique des membres inférieurs.

Ces formes sont : 1° la paraplégie vraie, caractérisée par l'impotence complète et permanente des membres inférieurs; 2° l'abasie dans laquelle l'impotence ne se manifeste que lorsque les malades sont dans la position verticale. Chacune d'elles présente plusieurs variétés dont vous verrez tout à l'heure des exemples.

[1] B. Brodie, *Lectures illustratives of certain local nervous affection*. London, 1837, page 47.

I

Les paraplégies qui dépendent de lésions organiques de la moelle épinière sont divisées en deux grandes catégories, selon que les muscles paralysés sont rigides ou flasques. Celles du premier groupe *(paraplégies spasmodiques)* se développent à la suite d'altérations systématiques, primitives ou secondaires, des cordons latéraux; on les observe dans le tabes spasmodique, les myélites transverses, les myélites par compression, etc. Celles du second groupe *(paraplégies flaccides)* surviennent ordinairement dans les cas où la substance grise de la moelle est le siège de lésions destructives étendues, dans les myélites centrales, les paralysies spinales aiguës de l'enfant ou de l'adulte, etc.

Les paraplégies hystériques affectent indifféremment la forme spasmodique ou la forme flaccide, de telle sorte qu'elles peuvent simuler les affections les plus diverses de la moelle. Toutefois il est en général possible, avec un peu d'attention, de reconnaître leur véritable nature si l'on tient compte des particularités sur lesquelles je vais appeler votre attention.

Les paraplégies hystériques avec contracture sont les plus communes. En voici un exemple :

Observation I. — *Paraplégie hystérique avec contracture des membres inférieurs.* — Berthe G..., âgée de vingt-trois ans, est une hystérique invétérée. Née d'un père alcoolique et d'une mère vésanique, elle a eu dès son enfance des accidents névropathiques variés (toux coqueluchoïdes, crises de hoquet). Depuis quatre ans elle est sujette à des attaques convulsives et à des attaques de sommeil. Elle est hémianesthésique gauche et porte, sur différents points du corps, des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices très actives *(fig. 62)*. Ses champs visuels sont très retrécis *(fig. 63)*.

A plusieurs reprises elle a eu, à la suite d'attaques convulsives, des contractures permanentes siégeant tantôt sur les membres supérieurs, tantôt sur les membres inférieurs. Elle est restée longtemps dans le service avec une contracture du membre supérieur gauche et des deux membres inférieurs. Ces contractures ont toujours disparu brusquement après un laps de temps variant entre quelques jours et six mois.

Il y a quinze jours, à la suite d'une attaque convulsive dont l'évolution n'a rien présenté de particulier, Berthe G... est restée paraplégique. Les deux membres inférieurs sont, depuis cette époque, immobilisés en flexion forcée, les talons touchant presque les tubérosités ischiatiques. Il est impossible de les étendre de force, et la malade est incapable de les mouvoir

volontairement. Le relèvement de la pointe des pieds ne provoque pas de trépidation épileptoïde. Les réflexes rotuliens sont très brusques, mais ils ont peu d'amplitude. Il n'y a pas de troubles trophiques; les muscles

Fig. 62. — Distribution de l'anesthésie cutanée et des zones spasmogènes et spasmo-frénatrices chez Berthe G...

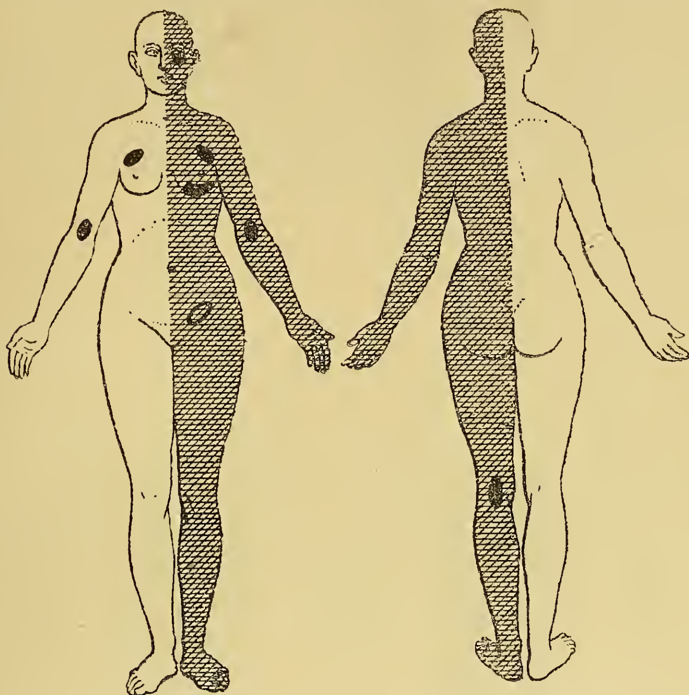
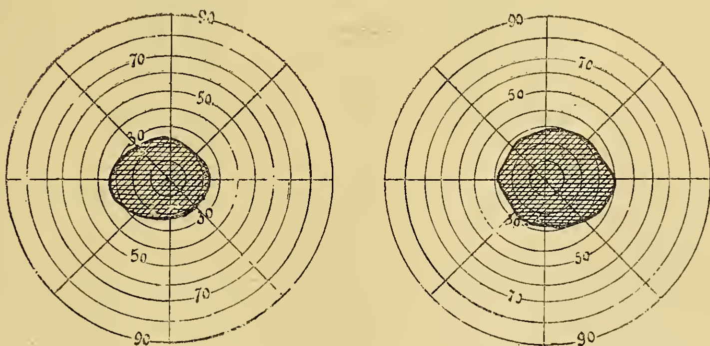


Fig. 63. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Berthe G. .

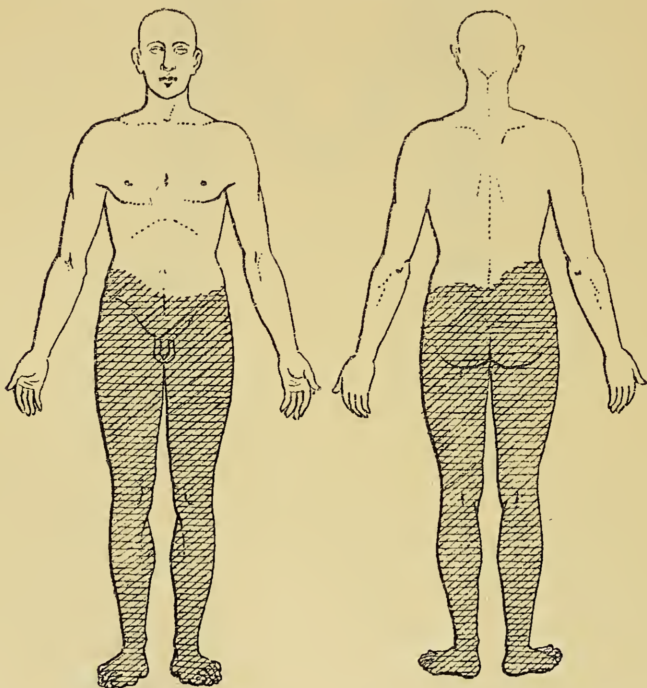


paralysés ne sont pas atrophiés; leurs réactions électriques sont normales. La miction et la défécation s'exécutent régulièrement.

Les membres supérieurs ont conservé leur motilité.

Je vous signalerai en passant deux particularités assez imprévues : la première, c'est que, bien que notre malade ait eu à plusieurs reprises des contractures spontanées, elle n'a pas de *diathèse de contracture,* c'est-à-dire qu'il est impossible de provoquer chez elle, par la traction des membres, la percussion des muscles, la suggestion à l'état de veille, etc., des rigidités musculaires ; la seconde, c'est que ses contractures spontanées persistent pendant le sommeil hypnotique ou tout au moins dans la phase somnam-

Fig. 64. — Distribution de l'anesthésie cutanée dans un cas de paraplégie provoquée par une myélite aiguë.



bulique du sommeil hypnotique ; elles ne cessent que dans l'état léthargique.

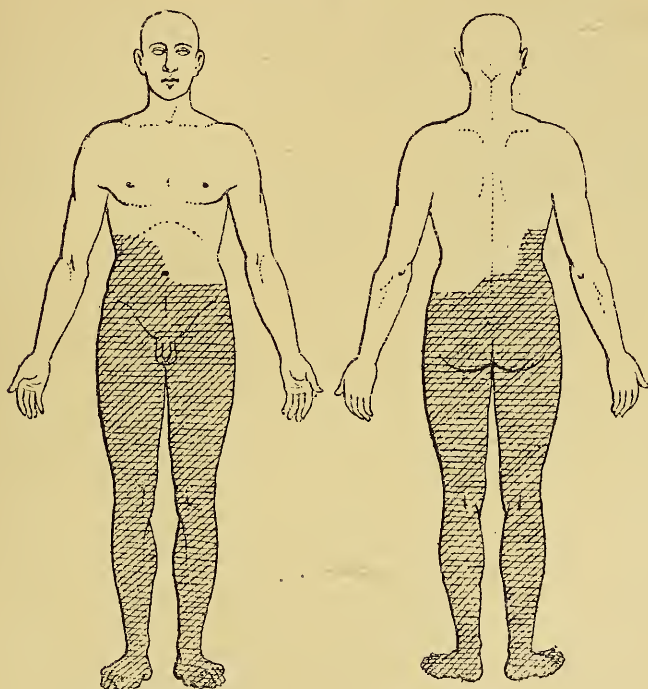
Néanmoins le diagnostic de *paraplégie hystérique* s'impose. Les antécédents de la malade le rendent déjà très vraisemblable ; l'étude du début de l'affection et l'analyse de ses symptômes actuels lui donnent un caractère de certitude presque absolue.

Le début de l'affection est tout à fait caractéristique, d'abord parce que les accidents permanents qui succèdent à des attaques convulsives hystériques sont ordinairement de la même nature

que ces attaques; ensuite parce que les paraplégies qui s'accompagnent, dès les premiers jours, de contracture intense sont presque toujours des paraplégies hystériques. Dans les paraplégies organiques dépendant de lésions inflammatoires ou dégénératives de la moelle épinière, la contracture est habituellement un phénomène secondaire qui s'installe lentement et n'atteint son maximum d'intensité qu'après plusieurs semaines d'évolution progressive.

D'autre part, il existe dans la distribution des troubles sensitifs

Fig. 65. — Distribution de l'anesthésie cutanée dans un cas de paraplégie consécutive à une myélite par compression.



et moteurs une discordance qui ne saurait s'expliquer par une lésion médullaire. Quand un foyer de myélite interrompt la continuité de la moelle épinière, il peut, assurément, déterminer à la fois la perte de la motricité et de la sensibilité des parties sous-jacentes. Mais, dans ces cas, l'anesthésie se superpose à la paralysie; elle affecte, elle aussi, le type paraplégique *(fig. 64* et *65)*; tandis que chez notre malade nous constatons une *paraplégie du mouvement* et une *hémiplégie de la sensibilité*. Pour expliquer ces symptômes par des altérations matérielles des centres nerveux, il faudrait

admettre l'existence d'une lésion capsulaire causant l'hémianesthésie et d'une lésion médullaire, indépendante de la première, tenant sous sa dépendance la paralysie des membres inférieurs, ce qui serait tout à fait invraisemblable.

II

Passons à l'examen d'un autre malade qui nous offre un bel exemple de paraplégie hystérique flaccide.

Obs. II. — *Paraplégie hystérique chez un alcoolique.* — Jean Mar... est un garçon de vingt et un ans, pâle, chétif, débile.

Né d'un père alcoolique et violent, il a fait lui-même depuis qu'il est pubère des excès de toutes sortes. Il a cependant été assez heureux pour ne pas contracter la syphilis.

Il est paraplégique depuis huit mois. Mais avant de tomber tout à fait malade, il a eu des accidents qui méritent d'être signalés.

Il y a un an qu'il a commencé à éprouver dans la région lombaire une douleur sourde, profonde, continue, qui devenait aiguë et lancinante quand il se fatiguait.

Un mois après le début de cette douleur, il se rendit avec des amis à une foire. Il se livra toute la journée à des libations copieuses et la nuit à des excès vénériens. Le lendemain matin, quand il voulut se lever, il tomba; ses jambes étaient flasques, inertes, paralysées. Il resta trois jours alité, puis la paralysie disparut, et Mar... reprit sa vie de débauches.

Quelques semaines plus tard, il eut une sorte d'ictus apoplectiforme avec perte de connaissance.

Il resta deux jours au lit, incapable de mouvoir ses jambes. Le troisième jour il était guéri.

La paraplégie pour laquelle il est entré dans le service a débuté brusquement, il y a huit mois, dans les circonstances suivantes :

Un soir, en sortant du café où il avait bu outre mesure, Mar... tomba évanoui sur la voie publique. La perte de connaissance a duré trois quarts d'heure environ. Elle a été accompagnée de mouvements convulsifs et suivie d'une agitation délirante assez vive. On a transporté le malade à l'hôpital et, dès le lendemain, on a constaté qu'il était complètement paralysé des deux membres inférieurs.

Cette paralysie s'est à peine modifiée. Mar... peut difficilement soulever ses jambes au-dessus du lit; il est absolument incapable de se tenir debout. Le sens musculaire ou, pour mieux dire, la notion de position des membres paralysés est abolie. Le malade ne se rend pas compte, les yeux fermés, de la position que l'on donne à ses jambes. Il n'y a pas de contracture. Les réflexes rotuliens sont normaux ou très légèrement exagérés. Les réactions électriques des muscles sont intégralement conservées. Les fonctions des

organes génitaux, de la vessie et du rectum, sont normales. Pas de troubles trophiques.

L'exploration de la sensibilité cutanée permet de reconnaître une anes-

Fig. 66. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Jean Mar...
En *a. a.* anesthésie complète, en *b. b.* hypoesthésie.

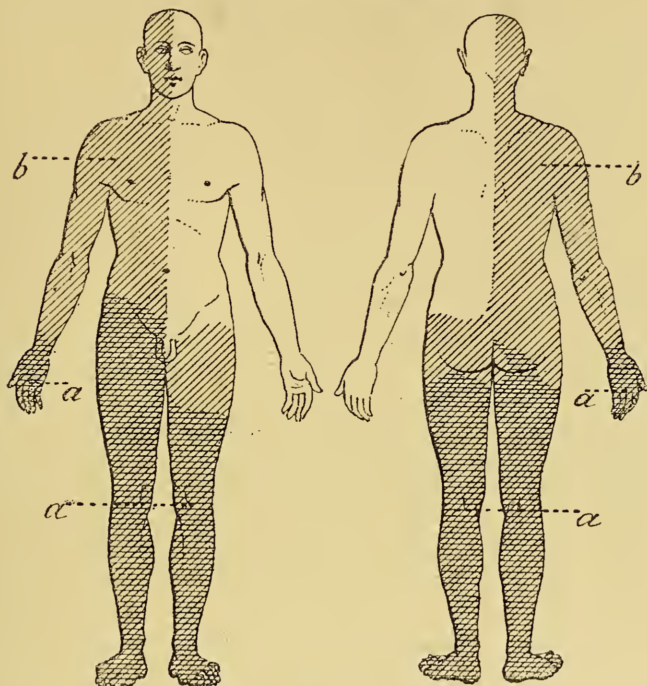
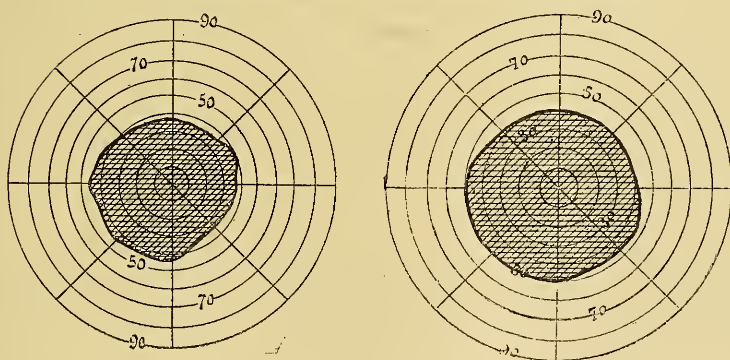


Fig. 67. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Jean Mar...



thésie occupant les deux membres inférieurs, la moitié droite du tronc et de la face et le membre supérieur droit *(fig. 66)*. Il existe en outre un double rétrécissement concentrique des champs visuels *(fig. 67)*.

Les principales raisons qui dans le cas actuel doivent faire porter le diagnostic de *paraplégie hystérique* sont les suivantes :

1° Mar... appartient, par son hérédité et par ses antécédents pathologiques, à la *famille névropathique*. Il a eu, à diverses reprises, des accidents paralytiques dont la nature hystérique est démontrée par la soudaineté de leur apparition et la brusquerie de leur guérison.

2° La paraplégie dont il est atteint depuis huit mois ne s'accompagne ni de contracture ni d'atrophie des muscles paralysés. Or, les paraplégies organiques se compliquent ordinairement, après quelques semaines de durée, de l'un ou l'autre de ces symptômes. Les myélites transverses, les myélites par compression déterminent des altérations dégénératives des cordons latéraux se traduisant cliniquement par l'apparition progressive de la contracture secondaire. Les myélites centrales, celles qui siègent surtout dans la substance grise de la moelle, provoquent des paralysies auxquelles s'ajoutent rapidement des atrophies des muscles paralysés. Par cela seul que les membres inférieurs de notre malade ont conservé leur flaccidité et leur volume, bien qu'ils soient paralysés depuis huit mois, il y a lieu de supposer que nous avons affaire à une paralysie dynamique, sans lésions destructives de la moelle épinière.

3° L'étude des troubles de la sensibilité confirme cette hypothèse. Une lésion organique de la moelle pourrait bien donner lieu à une paraplégie s'accompagnant d'anesthésie complète des membres inférieurs. Mais si les troubles moteurs et sensitifs dépendaient chez notre homme d'une même lésion centrale, ils devraient avoir une distribution identique. Or, tandis que les membres inférieurs sont seuls privés de mouvements, l'insensibilité cutanée occupe à la fois les membres inférieurs et la moitié droite de la partie supérieure du corps. La topographie de l'anesthésie est donc, dans l'espèce, un élément de diagnostic important. Ajoutons que le rétrécissement concentrique des champs visuels doit, lui aussi, entrer en ligne de compte.

Pour toutes ces raisons, je crois pouvoir affirmer que Mar... est un hystérique mâle; que la paraplégie pour laquelle il est entré à l'hôpital est de nature hystérique, et que, par conséquent, elle guérira un jour ou l'autre sans laisser de traces [1].

[1] Les tentatives d'hypnotisation et l'aimantation n'ayant donné aucun résultat, le malade a été soumis à un traitement régulier par l'électrisation statique. Un mois après, il était complètement guéri ; la marche était aussi facile et aussi assurée qu'avant la maladie.

III

La paraplégie hystérique se présente habituellement sous la forme d'une paralysie complète ou incomplète des deux membres inférieurs. Les malades qui en sont atteints ne peuvent se soutenir sur leurs jambes affaiblies. Ils sont incapables de marcher, et quand ils sont étendus dans leur lit, ils sont également incapables de soulever leurs membres inférieurs, ou tout au moins de les mouvoir avec énergie.

A côté de cette forme vulgaire de la paraplégie hystérique, il en est une autre qu'on a nommée *abasie,* dans laquelle les malades conservent, lorsqu'ils sont couchés, toute la liberté de leurs mouvements et ne deviennent impotents que quand ils sont dans la position verticale.

MM. Charcot et Richer ont signalé en 1883 cette forme spéciale de pseudo-paralysie des membres inférieurs[1]. M. Blocq en a donné l'an dernier une description plus étendue, fondée sur l'analyse de onze observations inédites ou empruntées à divers auteurs[2]. Il ressort de ses recherches que l'affection en question est ordinairement liée à l'hystérie dont elle constitue un épisode généralement transitoire.

Elle se développe surtout chez les jeunes garçons de 8 à 14 ans, mais elle peut aussi se montrer chez des adultes et chez des vieillards : M. Charcot en a observé quelques cas chez des hommes de 41, 44, 49 et 75 ans[3].

Elle débute, en général, à la suite d'une émotion morale ou d'un léger traumatisme. Elle s'établit d'emblée ou progressivement. Elle est essentiellement caractérisée par la perte des synergies musculaires qui assurent l'équilibre dans la station verticale et dans la marche. Lorsque les sujets qui en sont atteints sont assis ou couchés, on ne constate aucun trouble dans la motilité de leurs

[1] Charcot et Richer, *Su di una forma speciale d'impotenza motrice degli arti inferiori per diffetto di coordinazione* (*Medecina contemporanea,* 1883, nº 1, p. 6). Briquet paraît avoir vu des cas d'abasie hystérique. « Il y a, dit-il, de quoi s'étonner de voir des malades mouvoir leurs membres inférieurs avec assez de facilité et assez de force tant qu'elles sont dans leur lit et être incapables de se tenir le plus petit instant sur leurs membres. (*Traité de l'hystérie,* p. 465.)

[2] Paul Blocq, *Sur une affection caractérisée par l'astasie et de l'abasie* (*Arch. de neurologie,* 1888, t. XV).

[3] *Policlinique du mardi,* leçons des 5 mars, 12 mars et 4 juin 1889.

membres inférieurs; la puissance dynamométrique est conservée, la conscience musculaire intacte, le réflexe rotulien normal; il n'y a pas de clonus du pied, et les malades exécutent, avec force et précision, tous les mouvements qu'on leur commande. Lorsqu'ils essaient de se lever et de marcher, l'impotence se manifeste : les jambes fléchissent sous eux; ils sont incapables de se tenir debout et, à plus forte raison, de progresser (abasie paralytique), ou bien leurs membres inférieurs sont pris de tremblements (abasie trépidante), ou bien encore leurs jambes exécutent des mouvements incoordonnés ressemblant à ceux des ataxiques (abasie choréiforme). Au fond, la caractéristique commune à toutes les variétés de l'abasie, c'est l'intégrité des actes musculaires dans le décubitus horizontal et l'impossibilité de leur appropriation à la conservation de l'équilibre et à la marche dans la position verticale. Le reste est accessoire et sert seulement à constituer les variétés. Celles-ci sont nombreuses. M. Charcot divise l'abasie-astasie en *paralytique choréiforme* et *trépidante*[1]. On pourrait multiplier les divisions. Les actes de marcher, de sauter, de grimper, de danser, etc., sont tous des actes complexes dont nous avons appris l'exécution par un long apprentissage. Chacun d'eux implique l'activité synergique d'une foule de muscles associés par l'éducation et habitués à concourir ensemble vers un but déterminé. Mais les harmonies fonctionnelles qui président à leur accomplissement sont, dans une certaine mesure, indépendantes les unes des autres. Elles correspondent à des mécanismes distincts qui s'acquièrent isolément et peuvent se déranger séparément. De même qu'un homme peut fort bien marcher sans être capable de danser ou de nager, de même un malade peut perdre la faculté de marcher tout en conservant celle de sauter à pieds joints ou de courir à quatre pattes. L'histoire de l'abasie en fournit des exemples très nets. Un petit garçon observé par M. Charcot était incapable de marcher, mais courait admirablement à quatre pattes et sautait facilement à cloche-pied. Un autre sautait à pieds joints et grimpait aux arbres comme un singe, bien qu'il lui fût impossible de marcher ni même de se tenir debout sur les deux pieds[2]. En se fondant sur ces particularités, on pourrait décrire un très grand nombre de variétés d'abasie, mais ce serait compliquer tout à fait inutilement l'étude de ce syndrome.

[1] *Policlinique du mardi,* 5 mars 1889, p. 366.
[2] *Policlinique du mardi,* 24 janvier 1888.

L'abasie hystérique est, en général, une manifestation bénigne de la névrose. Sa durée a varié, dans les observations connues, de quelques jours à quinze mois. La guérison est la règle, mais les récidives ne sont pas rares.

IV

Sans être très commune, l'abasie hystérique se rencontre assez souvent dans la clinique courante. Depuis que M. Charcot a appelé sur elle l'attention des observateurs, on en a publié de nombreux exemples. J'en ai vu moi-même quelques-uns, dont je vais vous indiquer les principales particularités.

Obs. III. — *Abasie hystérique à forme paralytique chez un jeune garçon.* — Le jeune Roger de C..., âgé de dix ans et demi, était en pension, à la fin de 1882, au collège des dominicains d'Arcachon. Un matin, se sentant fatigué, il demanda à rester au lit plus tard que de coutume. Le surveillant du dortoir ne voulut pas accorder l'autorisation demandée, et pour être bien sûr que l'enfant ne se rendormirait pas, il lui aspergea le visage avec quelques gouttes d'eau froide. Roger fut extrêmement blessé de ce procédé. Il s'en plaignit amèrement à ses parents, et comme ceux-ci ne paraissaient pas attacher grande importance à ses plaintes, il concentra son ressentiment sans l'oublier. Quelques jours après, pendant les vacances du premier de l'an, il fut pris de grandes attaques convulsives accompagnées de contractures, de photophobie, de délire. L'enfant tenait des propos incohérents; il émettait des idées peu en rapport avec son âge et son éducation; il parlait nègre : « moi pas content, moi souffrir de la tête, etc. »; il interpellait grossièrement les personnes qui le soignaient, etc.

C'est alors que je le vis pour la première fois en consultation avec mon très distingué confrère M. le Dr Hameau (d'Arcachon). Le diagnostic d'hystérie infantile s'imposait. Nous conseillâmes de séparer momentanément l'enfant de sa famille qui l'entourait d'une sollicitude excessive, et de lui faire suivre un traitement hydrothérapique régulier à Bordeaux. On l'envoya dans la maison de santé dirigée par M. le Dr Delmas. En très peu de temps les accidents s'apaisèrent. L'enfant revint à Arcachon tout à fait rétabli, au moins en apparence, dans le courant du mois de mars. Mais le 2 avril, sans convulsions préalables, sans cause connue, il devint incapable de se tenir debout et de marcher. On le transporta de nouveau à Bordeaux, où je le trouvai dans l'état suivant :

Lorsqu'il était étendu sur son lit ou assis sur un fauteuil, il pouvait mouvoir ses jambes dans tous les sens et sans aucune difficulté. Il donnait des coups de pied vigoureux; il opposait une résistance très grande aux efforts qu'on faisait pour fléchir malgré lui ses jambes sur ses cuisses; il

se rendait parfaitement compte, même les yeux fermés, de la position occupée par ses membres inférieurs; il ne présentait, en somme, aucun trouble appréciable de la motilité. Mais si on le priait de se lever et de marcher, ses jambes fléchissaient sous lui et il s'affaissait immédiatement sur le plancher. Il pouvait cependant se tenir à genoux ou à quatre pattes et, dans ces positions, il allait sans aucune difficulté d'un bout à l'autre de sa chambre.

Si on le soulevait par les aisselles, il pouvait faire exécuter à ses membres inférieurs des mouvements pendulaires analogues à ceux qui se produisent dans la marche; mais aussitôt que ses pieds reposaient sur le sol, il éprouvait, disait-il, dans les genoux une douleur qui l'obligeait malgré lui à fléchir les jambes.

En fait, tandis que la pression ou la malaxation des hanches, des cuisses, des mollets, des pieds, ne déterminait aucune sensation pénible, le rapprochement violent des os de l'articulation tibio-fémorale et la percussion du talon, le membre étant dans l'extension, donnaient lieu à une douleur aiguë dans le genou et à un mouvement brusque et involontaire de flexion de la jambe sur la cuisse. Il n'y avait, bien entendu, aucun signe permettant de faire supposer l'existence d'une lésion des articulations : pas de gonflement, pas de rougeur, pas de déformation, pas de craquement intra-articulaire.

La sensibilité cutanée était normale sur tout le corps, sauf au niveau des bras et des épaules où existaient deux larges îlots d'anesthésie, qui disparurent du reste après une seule application de sinapismes. Pas de zones hystérogènes; pas de troubles des organes des sens, mais il faut dire que l'examen des champs visuels n'a pas été pratiqué.

Le traitement hydrothérapique fut repris avec énergie. Les quelques semaines après, la guérison était complète. Le jeune Roger a pu continuer ses études et, depuis 1883, il n'a eu aucun accident nouveau.

Dans un certain nombre de cas, les symptômes de l'abasie hystérique se présentent sous une forme un peu différente. Les malades peuvent encore se tenir debout et marcher, mais de temps en temps, toutes les secondes, toutes les dix secondes, leurs jambes se fléchissent brusquement, comme cela arrive lorsqu'étant debout on reçoit à l'improviste un coup sec sur le creux du jarret. M. Blocq rapporte quelques exemples de ce genre dans le mémoire que je vous ai déjà signalé. J'ai observé le suivant :

Obs. IV. — *Abasie hystérique avec effondrement subit des membres inférieurs chez un enfant de huit ans et demi.* — Le jeune Ernest Canz..., âgé de huit ans et demi, m'a été adressé dans le courant du mois de mai 1889 par mon excellent collègue le Dr Labat, de Toulouse.

D'après les renseignements qui m'ont été fournis par M. Labat, cet enfant a joui d'une bonne santé jusqu'à la fin de l'année dernière, mais il a

toujours été d'une émotivité excessive, pleurant à chaudes larmes pour le moindre reproche, tremblant comme une feuille pour la moindre peur.

Vers le 18 décembre 1888, il eut une légère stomatite qui dura trois ou quatre jours seulement. Pendant le cours de cette indisposition, il déclara qu'il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes, et, de fait, quand on voulait le faire lever, il s'affaissait complètement. Couché sur le dos, il remuait ses jambes sans la moindre difficulté; il jouissait de toute sa force. Mais aussitôt qu'il était mis sur ses pieds, il s'affaissait comme une masse. Sous l'influence d'un traitement général tonique et de frictions excitantes, ces symptômes s'amendèrent assez rapidement, puisqu'au bout de deux mois, l'enfant pouvait faire d'assez longues promenades et jouer avec ses petits camarades. Cependant il était vite fatigué et, de temps en temps, il s'affaissait encore subitement, mais se relevait aussitôt.

Les choses en étaient là, lorsque le 20 avril, à la suite d'une légère réprimande qui lui fut adressée à table, la pseudo-paralysie a reparu. Elle se présente avec les caractères suivants : lorsque l'enfant est couché ou assis, il n'offre rien d'anormal; lorsqu'il est debout, il se tient quelques instants fort bien, puis tout à coup ses jambes s'effondrent, et il est obligé de faire un effort violent pour se remettre en équilibre. Cela se répète toutes les quatre ou cinq secondes.

Les mêmes phénomènes se produisent dans la marche. L'enfant fait avec assurance dix ou douze pas, puis tout à coup il s'affaisse. En général il se relève comme s'il était mû par un ressort, avant de s'être étendu par terre; mais de temps en temps il tombe sur le sol.

J'ajoute, pour être complet, que la force est intégralement conservée dans les muscles des jambes, qu'il n'y a aucun signe de lésions articulaires, que les réflexes rotuliens sont normaux, qu'il n'existe pas de trépidation épileptoïde.

Les stigmates hystériques sont réduits au minimum : la sensibilité cutanée est normale; le réflexe pharyngien est conservé; il n'y a pas de diathèse de contracture; on ne trouve rien autre chose à signaler qu'un double rétrécissement concentrique des champs visuels. Mais c'est bien suffisant pour confirmer le diagnostic [1].

On a décrit sous le nom d'*abasie trépidante* une variété de l'abasie hystérique dans laquelle les membres inférieurs sont le siège, dans la seule position verticale, d'un tremblement involontaire plus ou moins intense. Les observations n'en sont pas rares. M. Charcot, M. Blocq, M. Grasset en ont rapporté des exemples. Je vous en ai aussi montré quelques-uns quand nous nous sommes occupés ensemble des tremblements hystériques [2]. Je n'y revien-

[1] J'ai appris, depuis que cette leçon a été faite, que le jeune Canz... avait recommencé à marcher quelques jours après son retour dans sa famille.

[2] Voyez XXIII[e] leçon, observations des nommés Roub..., p. 289, et Guin..., p. 293.

drai pas, mais en revanche je voudrais vous parler d'une autre variété d'abasie à laquelle on pourrait donner le nom de *sautillante*. Elle est caractérisée par cette particularité que les malades ne peuvent progresser qu'en faisant de petits sauts qui donnent à leur allure la plus singulière apparence.

En voici un exemple :

Obs. V. — *Abasie hystérique à forme sautillante chez un petit garçon de onze ans* — Alide Gl..., âgé de onze ans, m'a été adressé au mois de novembre 1889 par un médecin très distingué du Tarn-et-Garonne, M. le Dr Cabadé, de Valence-sur-Lot.

Ses antécédents héréditaires laissent beaucoup à désirer. Sa *mère* appartient à une famille dont plusieurs membres sont perclus de rhumatismes; son *père* a eu à différentes reprises des accès épileptiformes (?) qui ont disparu à la suite d'un traitement prolongé par le bromure de potassium.

Le jeune Gl... a joui pendant sa première enfance d'une bonne santé. Il a eu cependant quelques poussées d'eczéma. Il est fort intelligent et très émotif.

Au mois de mars 1889, il ressentit dans la cuisse droite des douleurs assez vives accompagnées d'un léger gonflement des ganglions de l'aine. Après quelques jours de repos, la tuméfaction ganglionnaire se dissipa, mais les douleurs persistèrent. Dès ce moment, la marche devint difficile : le petit malade ne pouvait, sans souffrir, appuyer son pied droit sur le sol. Un beau jour, sans cause connue, la douleur passa de droite à gauche, et c'est la jambe gauche qui devint impotente. Cet état persista sans aucune modification appréciable, malgré des traitements très variés (bains, douches, pointes de feu, électrisation, aimantation, sédatifs nervins, etc.) jusqu'au mois de juillet. La santé générale restait excellente; l'enfant, dont la gaieté n'était pas altérée, sautait toute la journée sur la jambe droite; il ne souffrait que lorsqu'il essayait de s'appuyer sur sa jambe gauche. Dans le décubitus dorsal, tous les mouvements étaient possibles et indolents.

Dans le courant du mois de juillet, après une consultation à laquelle prirent part MM. Cabadé (de Valence) et Bonnemaison (de Toulouse), le petit malade fut envoyé à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). Pendant le voyage, il guérit. Arrivé à Saint-Sauveur, il put descendre seul du train et marcher comme s'il n'avait jamais rien eu d'anormal. Cette guérison persista jusqu'au mois d'octobre.

A cette époque, le jeune Gl... se plaignit de douleurs dans les genoux, le dos, les hanches, et les symptômes d'abasie commencèrent à se montrer. Le 30 novembre je constatai les phénomènes suivants :

État général excellent : l'enfant est frais, vigoureux, actif; l'appétit est bon, l'intelligence vive. Apyrexie complète.

Il n'existe aucune lésion locale des articulations ni de la colonne vertébrale.

Quand le malade est étendu sur un lit, tous les mouvements volontaires

sont possibles et indolents. Les mouvements passifs, les tractions des membres, les chocs au niveau des articulations ne déterminent non plus aucune douleur.

Quand il est à genoux, il se tient fort bien en équilibre et peut progresser normalement. Il court avec agilité quand on le met à quatre pattes. Il peut se relever sans difficultés et sans prendre les attitudes signalées par M. Gowers chez les sujets atteints de paralysie pseudo-hypertrophique.

Quand il est debout, il reste immobile aussi longtemps qu'on le désire. Il peut également marquer le pas sur place. Mais si on le prie de marcher, il ne peut y arriver qu'en se tenant sur la pointe des pieds, en faisant de petits pas de dix à douze centimètres de longueur et en sautillant comme une pie. Il lui est impossible de progresser autrement; s'il veut faire des pas plus grands, il éprouve aussitôt dans les reins une douleur aiguë et s'affaisse sur le sol. Cependant, si on le soulève par les aisselles de façon à ce que ses pieds ne touchent plus terre, il peut, sans la moindre difficulté et sans en éprouver la moindre douleur, lancer librement ses jambes dans tous les sens et leur imprimer des mouvements pendulaires d'une grande amplitude.

Pas d'anesthésie de la face ni des muqueuses. Réflexes rotuliens et pharyngiens conservés. Les champs visuels n'ont pas été examinés [1].

Telles sont, Messieurs, les principales variétés cliniques de l'abasie hystérique. L'interprétation pathogénique de cet intéressant syndrome est, dans l'état actuel de nos connaissances, entouré d'une certaine obscurité. M. Blocq en donne cependant une théorie qui paraît reposer sur des bases sérieuses. Il part de cette idée que la marche est un acte automatique secondaire. On apprend à marcher par un long et pénible apprentissage qui a pour effet d'adapter un mécanisme physiologique à une fonction déterminée. « Au début, dit-il, toutes les forces de l'attention et de la volonté sont employées à organiser, à régulariser ce mécanisme, mais à mesure que le sujet est de plus en plus expert, les phénomènes deviennent de plus en plus automatiques, inconscients. Le rôle cortical s'efface graduellement, et presque tout se passe désormais dans les centres spinaux. Dans ces centres s'est organisé un appareil de cellules reliées entre elles, qui fonctionne de lui-même suivant de certaines règles lorsqu'il est mis en jeu par une influence venue de l'écorce... M. Charcot rend ce mécanisme saisissant à l'aide d'une image. Il compare les divers centres médullaires relatifs à la marche à ces rouleaux de cuivre des boîtes à musique, hérissés de petites pointes, dont la disposition

[1] Trois semaines après, l'enfant guérissait subitement. Depuis le mois de décembre 1889 il marche et court avec autant d'assurance et d'agilité que les autres enfants de son âge.

variable correspond à des airs différents. Dans le groupe cérébral cortical serait le ressort qu'il suffit de déplacer pour mettre l'appareil en action. La comparaison nous paraît d'autant plus instructive en la circonstance que le même ressort a, dans l'orgue, la double fonction de suspendre le mouvement et de changer l'air. C'est ainsi que, dans le cas de la marche, les centres spinaux, une fois activés par le centre cortical, continuent à agir automatiquement jusqu'à ce que survienne l'ordre d'arrêt; et l'on conçoit qu'au lieu de commander soit la station, soit la marche, le groupe cérébral puisse mettre en jeu les groupes cellulaires spinaux où réside le mécanisme de la course ou du saut, etc. »

Ceci étant admis, M. Blocq pense que le trouble fonctionnel qui détermine l'abasie peut être considéré comme le résultat d'une influence d'arrêt portant son action soit sur le centre cortical de l'impulsion à la marche, soit sur le centre spinal d'exécution de la marche. La théorie est fort séduisante, et l'on peut ajouter qu'elle s'applique également, *mutatis mutandis,* à toutes les paralysies hystériques lesquelles paraissent dépendre toujours d'inerties fonctionnelles siégeant tantôt dans les groupes cellulaires de l'écorce cérébrale, tantôt dans ceux de la moelle allongée ou de la moelle épinière, c'est-à-dire dans les centres d'impulsion volontaire ou dans les centres d'exécution motrice.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON

DU PSEUDO-TABES HYSTÉRIQUE

SOMMAIRE

I. Division des pseudo-tabes. Du pseudo-tabes névropathique et de ses variétés neurasthénique et hystérique. Exemples de pseudo-tabes neurasthénique.

II. Du pseudo-tabes hystérique. Difficultés du diagnostic. Curabilité.

III. Analyse de dix observations de pseudo-tabes névropathique. Comparaison des symptômes constatés dans le pseudo-tabes et dans l'ataxie locomotrice progressive.

IV. Observation de pseudo-tabes hystérique chez un homme de trente-sept ans. Discussion du diagnostic.

Messieurs,

L'hystérie peut donner lieu à une variété de *pseudo-tabes* dont nous avons, je crois, un exemple dans le service. Comme les cas de ce genre ne sont pas très communs et qu'ils offrent un certain intérêt clinique, je vais profiter de l'occasion pour étudier avec vous la fausse ataxie d'origine hystérique.

I

Le mot de *pseudo-tabes* n'a pas de signification nosographique précise. Il ne correspond ni à une maladie autonome ni à un syndrome nettement spécialisé. On appelle *pseudo-tabétiques* les malades qui, sans avoir les lésions médullaires caractéristiques de la maladie de Duchenne, présentent néanmoins un ensemble de symptômes sensitifs et moteurs rappelant plus ou moins fidèlement le tableau classique de l'ataxie locomotrice progressive.

Parmi ces malades, les uns sont atteints d'affections du cervelet *(pseudo-tabes cérébelleux)*, de lésions non systématiques de la moelle (*pseudo-tabes dans la sclérose en plaques*, etc.), ou d'alté-

rations diffuses des nerfs périphériques *(pseudo-tabes névritique* ou *nervo-tabes périphérique);* les autres sont purement et simplement des névropathes dont les souffrances ne peuvent être expliquées par aucun changement appréciable dans la structure des centres nerveux ni des nerfs périphériques *(pseudo-tabes névropathique).*

Le pseudo-tabes névropathique, qui seul nous occupera aujourd'hui, peut être lui-même divisé en deux variétés selon qu'il dépend de la neurasthénie ou de l'hystérie.

Dans le premier cas, il représente une des formes des préoccupations hypochondriaques familières aux neurasthéniques. Une observation, publiée en 1885 par M. Kowalewski, sous le titre très expressif de *tabes dorsualis illusoria,* nous en fournit un bon exemple. Elle est relative à un prêtre de la religion grecque, âgé de trente-sept ans, qui, après avoir soigné et vu mourir sous ses yeux un de ses beaux-frères atteint d'ataxie locomotrice progressive, fut obsédé par l'idée qu'il avait la même maladie et s'imagina éprouver les symptômes qu'il avait observés chez son parent. Il se plaignait de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs; sa démarche était incertaine et titubante; l'instabilité augmentait notablement par l'occlusion des yeux; il avait une sensation continuelle de pesanteur et de faiblesse dans les jambes, des douleurs en ceinture, des vertiges, de la constipation, de la lenteur de la miction; ses réflexes patellaires étaient conservés. Tous ces symptômes tourmentaient tellement le malade, qu'il en perdit le sommeil et l'appétit et en vint à songer au suicide. Mais voulant auparavant tenter une dernière chance, il entra dans le service de psychiâtrie de l'hôpital de Charlow, où on lui fit faire des exercices physiques, de l'hydrothérapie froide et de l'électrisation. Au bout de vingt-trois jours de ce traitement il était complètement guéri de sa prétendue ataxie[1].

M. Rockwill avait rapporté antérieurement des faits analogues desquels il concluait que les malades considérés comme des ataxiques guéris n'avaient en réalité que de l'irritation spinale[2].

Cependant il ne faudrait pas croire que le pseudo-tabes neurasthénique guérisse toujours aussi facilement. Il persiste quelquefois avec une étonnante ténacité pendant de longues années. Ainsi

[1] Kowalewski, *Tabes dorsualis illusoria* (*Centralblatt für Nervenheilkunde von Erlenmeyer,* 1er août 1885).

[2] Rockwill, *New-York medical Journal,* 1881.

j'ai publié jadis l'observation d'un homme de quarante-neuf ans qui avait eu pendant dix ans des symptômes d'apparence tabétique : douleurs à type fulgurant, incertitude de la marche, sensation de dénivellement, signe de Romberg, excitation génitale, miction difficile, faux besoins d'aller à la garde-robe, crises gastralgiques, etc. Cet homme, que je considérais comme un ataxique vrai, étant venu à mourir d'une tuberculose miliaire aiguë, je pratiquai son autopsie avec un soin extrême; j'examinai à l'œil nu et au microscope sa moelle, ses racines rachidiennes, ses nerfs périphériques; tout était remarquablement sain[1]. Ce malade n'était donc pas un ataxique vrai comme on l'avait pensé pendant sa vie : c'était un pseudo-tabétique dont les souffrances avaient duré dix ans. En relisant après coup les détails de son observation, on reconnaît bien quelques anomalies qui auraient dû inspirer des réserves; ainsi ses réflexes plantaires et rotuliens étaient conservés, ses pupilles réagissaient normalement à la lumière et à l'accommodation. Mais les grands symptômes du tabes étaient si nets que tous les médecins qui ont vu le malade, tous sans exception, ont porté le diagnostic d'ataxie locomotrice progressive. La même erreur a été commise, dans des cas analogues, par des hommes dont l'autorité en matière de neurologie est absolument incontestée.

II

Le pseudo-tabes hystérique présente la même symptomatologie que celui qui dépend de la neurasthénie; il n'en diffère que par la nature de la névrose mère. Son histoire est établie sur un petit nombre d'observations qui ne sont pas toutes de nature à entraîner la conviction. M. Webb, par exemple, a publié en 1876 le cas d'une malade, âgée de trente-cinq ans, qui, dans le courant de l'été de 1873 et à la suite d'une grande émotion morale, *a severe mental shok,* dit l'auteur, devint triste, anxieuse, mélancolique et perdit le sommeil. Vers le mois d'octobre de la même année, elle commença à éprouver des douleurs lancinantes dans tout le corps, particulièrement dans le dos et les membres inférieurs. En même temps, elle ressentit des douleurs en ceinture, des envies de vomir, des serrements à la gorge. En juin 1874, ses

[1] A. Pitres, *Sur un cas de pseudo-tabes* (*Archives de neurologie,* 1886).

bras s'affaiblirent et devinrent tout à fait impotents, puis la paralysie s'étendit aux membres inférieurs, qui devinrent complètement anesthésiques. Ces symptômes s'accompagnaient de paralysie de la vessie et du rectum, de troubles de la vue. Intelligence intacte. L'état des réflexes rotuliens n'est pas indiqué, et l'observation ne contient aucun détail sur l'examen des yeux. En 1875, la malade eut quelques attaques convulsives, puis la motilité reparut graduellement dans les membres inférieurs; mais les membres inférieurs étaient encore paralysés en 1876, au moment où le fait fut livré à la publicité. M. Webb n'hésite pas sur le diagnostic; il donne son observation comme un *case of hysteria simulating locomotor ataxia*. Cependant, il paraît impossible de rapporter à l'hystérie seule tous les accidents constatés chez sa malade. Il est vraisemblable qu'il y avait à la fois une lésion organique des centres nerveux, peut-être une sclérose en plaques, associée à quelques symptômes de nature hystérique. Dans tous les cas, le tableau clinique ne rappelle que de très loin les apparences de l'ataxie locomotrice progressive [1].

Des observations beaucoup plus précises ont été publiées en France dans les thèses de MM. Leval-Picquechef [2] et Michaut [3]. Elles démontrent que le pseudo-tabes hystérique peut donner lieu à un ensemble de symptômes très analogues à ceux de la maladie de Duchenne. Aussi les erreurs de diagnostic sont-elles fréquentes et doublées nécessairement d'erreurs de pronostic, car à l'encontre de l'ataxie vraie qui est une maladie grave, progressive et jusqu'à présent incurable, le pseudo-tabes hystérique est un syndrome qui peut guérir comme peuvent guérir tous les épisodes symptomatiques de l'hystérie [4].

Exemple : Une femme de trente-neuf ans se présente dans le service de M. Huchard avec des douleurs fulgurantes, de l'incoordination motrice des membres inférieurs, de l'analgésie cutanée générale, etc. Elle ressemblait beaucoup à une ataxique vraie;

[1] Webb, *Case of hysteria simulating locomotor ataxia* (*The american Journal of medical science,* 1876, vol. LXXI, p. 119).

[2] Leval-Picquechef, *Des pseudo-tabes*. Th. doct., Paris, 1885.

[3] Michaut, *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*. Th. doct., Paris, 1890.

[4] Il existe dans la science quelques observations de pseudo-tabes guéri par la suppression de diverses causes d'irritation périphérique. Dans un cas rapporté par M. Hurd (*Boston medical Journal,* 1877) l'opération d'un phimosis par la circoncision fit cesser des accidents caractérisés surtout par l'incoordination motrice et la perte de l'équilibration. M. Védrène a vu disparaître des accidents analogues après la guérison d'hémorrhoïdes (*Société de chirurgie,* 1878). Il est difficile de savoir encore dans quelle mesure ces faits doivent être rattachés à l'histoire du pseudo-tabes hystérique.

néanmoins, M. Huchard reconnaît à certains détails (conservation des réflexes patellaires, intégrité du sens musculaire, etc.) qu'il a affaire à une hystérique pseudo-tabétique. Il suggère à sa malade qu'elle est curable; il lui donne pour tout remède du bromure de potassium et, deux mois après, la guérison était complète[1].

Cette curabilité donne l'explication des cas de guérison soudaine de prétendus ataxiques, rapportés par des personnes dont la bonne foi ne saurait être mise en doute et dont les observations échappaient jadis à la critique scientifique parce qu'on ne pouvait comprendre leur véritable signification. Un de ces cas a été publié l'an dernier par M. le Dr Petit, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École de médecine de Rennes[2]. En voici le résumé : Un homme de quarante-neuf ans était atteint depuis six ans de symptômes tabétiques. Il avait des douleurs fulgurantes, des troubles oculaires, de l'incoordination des mouvements. Il consulta d'abord M. Charcot, qui le considéra comme un ataxique. MM. Gallard, Rigal, Ball, Empis, Laboulbène, Ferréol, Gérin-Rose, Bucquoy, Sée, Durand-Fardel, Dujardin-Beaumetz, Mesnet portèrent le même diagnostic et conseillèrent des traitements variés qui restèrent tous inefficaces. Le malade, découragé, se livra aux pratiques religieuses, et plusieurs personnes l'ayant engagé à aller chercher sa guérison à Lourdes, il se rendit dans cette localité avec un grand pèlerinage national. Le 20 août 1889, après la messe, il était prosterné le front contre le pavé, priant avec ferveur, lorsqu'il éprouva tout à coup un grand bien-être et sentit comme une force intérieure qui le poussait malgré lui à se relever. Il se redressa aussitôt et, abandonnant le bâton qui depuis plusieurs années lui était nécessaire pour se tenir en équilibre, il se mit à marcher seul, sans hésitation, sans faiblesse. Depuis lors, il marche « comme un facteur rural ».

III

Il existe actuellement dans la science une dizaine d'observations régulières de pseudo-tabes névropathique. Bien que leur nombre ne soit pas encore très considérable, on peut cependant tirer de leur comparaison quelques éléments d'instruction.

[1] Observation rapportée par Leval-Picquechef, *loc. cit.*, p. 106.

[2] Petit, *Ataxie locomotrice progressive (myélite parenchymateuse des cordons postérieurs), datant de six années, guérie subitement à Lourdes le 20 août 1889* (*Annales de Notre-Dame de Lourdes,* 22e année, 8e, 9e et 10e livraisons).

Ces observations se rapportent toutes à des adultes chez lesquels la maladie a débuté entre vingt-neuf et quarante-trois ans, tantôt sans causes connues, tantôt à la suite de fatigues excessives ou de grandes préoccupations morales. On y compte six hommes et quatre femmes. Le pseudo-tabes névropathique serait donc un peu plus fréquent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Quelques-uns des malades qui en ont été atteints appartenaient par leur hérédité et leurs antécédents pathologiques à ce qu'on appelle aujourd'hui « la famille névropathique ». D'autres semblaient indemnes de tares héréditaires. Aucun d'eux n'avait été sujet antérieurement à de grands accidents hystériques ou neurasthéniques.

Le début de l'affection a presque toujours été lent, insidieux; sa marche progressive. Sa durée a varié de quelques jours à plusieurs années. Quelques malades ont eu des améliorations ou des guérisons temporaires suivies de rechutes.

Les symptômes qui se sont montrés chez les pseudo-tabétiques sont très nombreux.

Le plus constant, celui qu'on a observé à des degrés divers dans tous les cas sans exception, c'est *l'instabilité dans la station verticale et l'incoordination motrice dans la marche, s'exagérant notablement par l'occlusion des yeux*. La démarche des malades ressemble souvent exactement à celle des ataxiques vrais. Dans une observation due à MM. Lecorché et Talamon[1], la malade marchait les jambes écartées, frappant fortement le sol du talon, lançant les jambes d'une façon désordonnée, les heurtant l'une contre l'autre, manquant à tout instant de tomber, allant plus vite qu'elle ne voudrait. Une malade de M. Huchard avait la démarche hésitante, titubante; elle jetait la jambe de côté en demi-cercle; elle éprouvait une très grande difficulté à marcher ou à se tenir à cloche-pied les yeux fermés[2].

Les troubles de la sensibilité qui coexistent avec l'incoordination motrice se présentent avec des caractères variables selon les cas.

Les *douleurs à type fulgurant* sont fréquentes; je les trouve consignées dans la moitié des observations. Elles étaient « comme des coups de lancette » chez le malade de M. Huchard, « en étau » dans un cas rapporté par M. Ballet[3], « d'une extrême violence » dans une observation de M. Féré[4].

[1] Lecorché et Talamon, *Études médic. faites à la maison Dubois*. Paris, 1881, p. 550.
[2] Observation rapportée dans la thèse de M. Leval-Picquechef, p. 106.
[3] Thèse de M. Leval-Picquechef, p. 145.
[4] Thèse de M. Leval-Picquechef, p. 104.

Elles survenaient en général par crises d'une durée variable de quelques heures à quelques jours, comme dans l'ataxie vraie.

Les *douleurs en ceinture* sont presque aussi souvent notées. La malade de M. Huchard était comme « serrée dans une cuirasse »; celle de M. Ballet avait la sensation « d'une ceinture entourant le thorax »; l'homme dont j'ai eu l'occasion de pratiquer l'autopsie avait « le bas du ventre et le haut des cuisses comme serrés dans un filet à mailles étroites ».

En même temps, existent habituellement des *douleurs rachidiennes* spontanées ou provoquées par la pression. M. Huchard a noté chez sa malade une douleur sourde le long de la colonne vertébrale, douleur qui devenait assez vive quand on comprimait les apophyses épineuses dorsales. Le sujet observé par M. Michaut avait une plaque d'hyperesthésie siègeant au niveau des trois premières apophyses épineuses dorsales.

Des *fourmillements* désagréables, des *engourdissements* des membres inférieurs ont été constatés quelquefois. Ils étaient très intenses dans l'observation de MM. Lecorché et Talamon. Le malade de M. Féré avait, en outre, des *plaques d'hyperesthésie* cutanée. Le simple frottement de son pantalon autour du genou lui était extrêmement pénible, et il était parfois obligé de retirer son porte-monnaie de sa poche à cause des sensations douloureuses que lui faisait éprouver le contact d'un corps résistant avec la cuisse.

Deux malades avaient de l'*hyperesthésie plantaire;* le premier avait la sensation d'un corps étranger interposé entre ses pieds et le sol (obs. Kowalewski); le second éprouvait constamment la sensation d'une plaie vive ou d'une brûlure siègeant sous la plante des pieds (obs. Ballet).

D'autres avaient de l'*anesthésie plantaire* et ne sentaient pas ou sentaient mal la résistance du sol. Ainsi, le malade de M. Michaut croyait toujours marcher sur un tapis moelleux ou sur du coton, et le malade dont j'ai pratiqué l'autopsie avait une sensation très curieuse de dénivellement; il lui semblait, quand il appuyait le pied par terre, que le sol s'enfonçait de deux à cinq centimètres. Toutefois ces phénomènes d'anesthésie plantaire sont relativement rares chez les pseudo-tabétiques; dans la plupart des observations il est dit que la notion de résistance du sol était bien conservée. Il faut ajouter aussi que les *réflexes au chatouillement de la plante des pieds,* qui sont communément abolis chez les ataxiques

vrais, sont presque toujours normaux dans les cas de pseudo-tabes. Ils étaient même exagérés dans l'observation de MM. Lecorché et Talamon.

Le *sens musculaire* ou plutôt la *sensation de position des membres* est ordinairement conservée. Les pseudo-tabétiques se rendent habituellement compte, les yeux fermés, des déplacements qu'on imprime à leurs membres inférieurs. Cependant cela n'est pas constant. Le malade de M. Michaut perdait ses jambes dans le lit et ne pouvait attraper ses talons sans tâtonnements qu'avec le secours de la vue.

Il en est de même pour les *réflexes patellaires* qui sont le plus souvent normaux (obs. Ballet, Huchard, etc.), et parfois exagérés (obs. Michaut), ou même considérablement augmentés (obs. Lecorché et Talamon). Il est exceptionnel qu'ils soient abolis; cependant ils ont disparu temporairement chez le malade de M. Féré et dans le cas de M. le Dr Petit (de Rennes) l'abolition des réflexes rotuliens est explicitement signalée.

Quelques *troubles de la vision* ont été notés chez les pseudo-tabétiques. Un de ces malades avait comme un brouillard devant les yeux (obs. Ballet), un autre présentait un léger affaiblissement de l'acuité visuelle (obs. Michaut); deux ou trois ont eu de la diplopie passagère. Jamais on n'a constaté chez eux ni l'atrophie blanche de la papille qui complique si souvent l'ataxie vraie, ni la modification particulière des réactions pupillaires (abolition des réflexes aux excitations lumineuses coïncidant avec la conservation des réflexes aux efforts d'accommodation) qui est connue sous le nom de signe d'Argyll Robertson et qui a une si grande importance dans le diagnostic des périodes initiales de la sclérose des cordons postérieurs.

Parmi les autres symptômes constatés dans le pseudo-tabes, il faut signaler : la *paresse vésicale* avec lenteur de la miction (deux cas), la *polyurie* (deux cas), le *ténesme rectal* avec faux besoins d'aller à la garde-robe (un cas), les *crises gastralgiques* avec vomissements douloureux et gastrorrhée (deux cas), l'apparition d'*ecchymoses spontanées* (un cas).

Enfin les malades présentaient souvent, en outre des accidents directement attribuables au pseudo-tabes, des stigmates hystériques (hémi-hypoesthésie, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement des champs visuels) ou des symptômes de neurasthénie (céphalée en casque, mélancolie anxieuse, etc.).

En résumé, Messieurs, l'analyse que nous venons de faire des observations de pseudo-tabes névropathique publiées jusqu'à ce jour, démontre que le tabes vrai et le pseudo-tabes ont quelques symptômes communs. Les troubles de l'équilibration et de la marche, le signe de Romberg, les phénomènes sensitifs sont ou peuvent être identiques dans les deux cas. Les différences tiennent surtout à l'absence ou à la présence des réflexes rotuliens et plantaires, du signe d'Argyll Robertson, de l'atrophie papillaire. Ils tiennent aussi aux antécédents des malades et à l'existence ou à la non-existence de symptômes nerveux dépendant de la neurasthénie ou de l'hystérie.

IV

Le malade à l'occasion duquel nous avons été amenés à nous occuper aujourd'hui du pseudo-tabes hystérique est un homme de trente-sept ans, qui se plaint d'éprouver des douleurs aiguës à type franchement fulgurant. De plus, il marche avec une extrême difficulté, lançant parfois ses jambes au delà du but à atteindre comme le font les véritables ataxiques. Les yeux ouverts, il se tient assez bien dans la position verticale; les yeux fermés, il hésite, chancelle et tombe. Il a perdu la notion de position des membres inférieurs; il a eu à diverses reprises des troubles de la vue; à certains moments sa vessie se vide difficilement. Voilà, vous en conviendrez, un ensemble de symptômes de nature à faire songer à l'ataxie locomotrice progressive. Cependant l'histoire des antécédents du malade et l'analyse attentive des phénomènes morbides qu'il présente actuellement me font penser que nous sommes en présence d'un cas de pseudo-tabes hystérique. Pour vous en convaincre, je vais vous donner connaissance de l'observation détaillée recueillie par l'un des meilleurs externes du service, M. B. Rivière :

Obs. VI. — *Pseudo-tabes hystérique.* — François Mouj., âgé de trente-sept ans, garçon épicier, né à Besançon, est entré à l'hôpital Saint-André le 13 janvier 1890. Il se plaint de douleurs fulgurantes dans les jambes, dans la tête, au creux épigastrique, et de difficultés de la marche.

Antécédents héréditaires : Son *grand-père* et sa *grand'mère* sont morts à un âge très avancé. Son *père,* âgé de soixante-quinze ans, jouit encore d'une excellente santé; il n'a point fait abus d'alcools. Sa *mère,* âgée de soixante-quatorze ans, est très bien portante; elle est un peu vive,

mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Deux *frères* du malade ont été tués dans une explosion de pièces d'artifices à Paris. Deux de ses *sœurs* sont mortes de la petite vérole; une autre est morte de la fièvre typhoïde, une quatrième d'une maladie de cœur. Quatre de ses sœurs vivent encore, se portent très bien et n'ont présenté aucun accident sérieux.

François affirme énergiquement que, dans sa famille, il n'y a jamais eu de maladies nerveuses ni mentales.

Antécédents personnels : A quinze ans François quittait Besançon et se rendait à Paris, où il entrait comme employé dans une épicerie. Il resta dans cette maison jusqu'à son départ pour l'infanterie de marine, et, à Paris pas plus qu'au régiment, il ne se livra à des excès alcooliques ou sexuels.

En 1870, il eut la petite vérole.

Envoyé au Sénégal en 1877, il y fut pris, après cinq mois de séjour, d'une insolation; il resta deux mois à l'hôpital, et, pendant le premier mois, il eut un délire tellement violent qu'on fut obligé de lui mettre la camisole de force. Il rentra ensuite dans sa compagnie, après avoir refusé un congé de convalescence. Depuis cette insolation, François souffrit de maux de tête intermittents. Il rengagea en 1879 et alla d'abord en Cochinchine, où il souffrit de la malaria, puis en Australie.

Au mois de janvier 1884, il ressentit de violents maux de tête, des douleurs dans les reins; il urina du sang (bien qu'il n'ait eu précédemment aucun accident vénérien); en même temps il sentit que ses jambes devenaient raides et il eut un nouvel accès de délire qui dura trois semaines; quand il revint à la raison, il se trouva paralysé des deux jambes. C'est alors qu'il fut rapatrié, et, à Rochefort, le médecin principal lui donna le certificat de visite suivant :

« CERTIFICAT DE VISITE

» Je, soussigné, médecin principal de la marine, certifie que M. François Mouj., âgé de trente-deux ans, fusilier, numéro matricule 4440, est atteint de *myélite chronique,* affection pour laquelle il a déjà été réformé par le service de santé militaire.

» En conséquence, j'estime qu'il y a lieu de présenter le nommé Mouj... devant la Commission spéciale de réforme.

» Rochefort, le 20 janvier 1885.

» *Signé :* D...

» *Note :* Cet homme ne peut quitter son lit et devra être conduit en voiture devant la Commission. »

Quelques jours après, François fut envoyé à l'asile d'aliénés de Marseille. Là, il se rappelle très bien avoir eu le délire des grandeurs. Il ramassait tout ce qu'il trouvait de brillant pour en faire des décorations. Il se croyait roi et voulait impérieusement qu'on l'appelât *Sa Majesté.* Sa vessie était par moments paralysée, le sphincter du rectum de même.

François est resté quatre mois et demi dans cet état, et après quinze jours

de convalescence il rentrait à Paris et se plaçait dans la même maison où il était employé avant son départ pour l'armée.

Au mois de juillet 1888, au milieu d'un boulevard de Paris, il ressentit tout à coup des picotements sur le front, un bruit de cymbales dans les oreilles, et un pressant besoin de dormir.

Il se coucha sur le boulevard, sans avoir le temps d'aller s'asseoir sur un banc. Il se souvient parfaitement, dit-il, de ce qui se passait autour de lui : il entendait tout. On le porta au bureau de police, et de là à son habitation, où un médecin fut appelé et rassura l'entourage en disant que ce n'était qu'une *attaque de catalepsie*. Le malade est resté endormi pendant deux jours; à son réveil, il avait un grand besoin d'uriner qu'il ne put satisfaire; on fut obligé de le sonder pendant deux jours. François ressentait en même temps un appétit formidable, et sans qu'il éprouvât aucune peine ni douleur, il se mit à pleurer à chaudes larmes. Après cette crise, il ne ressentit qu'un peu de fatigue, et deux jours après il put reprendre son travail.

Le malade n'avait éprouvé aucune émotion, il n'avait eu non plus aucune violente colère avant l'attaque et n'avait point fait d'excès. Il ne s'était prêté antérieurement à aucune expérience d'hypnotisme et n'avait jamais assisté à des expériences de ce genre.

François eut une seconde attaque de catalepsie en novembre 1888, absolument identique à la première. Depuis, il en a une environ tous les deux ou trois mois. Il est resté huit mois à l'Hôtel-Dieu de Paris, où il a eu six de ces attaques, dont une a duré cinq jours.

Le 2 février 1889, François se trouvait auprès d'une personne chez laquelle il avait une commission à prendre, quand tout à coup il ressentit une violente douleur à la jambe droite. En même temps, il fut pris de nausées et de vomissements. La douleur de la jambe droite remonta dans la hanche, dans la poitrine et dans le pharynx, où il éprouva la sensation d'une boule et un peu d'oppression; le malade poussa un grand cri rauque et tomba sans connaissance. On le plaça au grand air; il revint à lui une demi-heure après. On lui raconta alors qu'il avait fait toutes sortes de grimaces et de contorsions. Une heure plus tard, il pouvait regagner son domicile à pied. Le soir, il ne ressentait qu'un peu de fatigue; le lendemain, en se réveillant, il ne sentait plus ses jambes; elles ne semblaient plus exister. Il appela au secours; on le transporta à l'Hôtel-Dieu. François ressentait en même temps une violente douleur à la tête et dans tout le côté droit, sauf dans la jambe droite. Il ne pouvait point uriner seul; il fallut le sonder. Il avait une constipation opiniâtre; quand on pressait sur la colonne vertébrale, surtout à la région lombaire, on provoquait une violente douleur. Les jambes étaient contracturées; le malade ne peut pas dire si elles étaient serrées l'une contre l'autre, mais il se rappelle fort bien qu'on explora sa sensibilité et qu'on trouva chez lui des plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie; les conjonctives étaient anesthésiées des deux côtés; anesthésie complète du pharynx; les plaques d'anesthésie et d'hyperesthésie variaient du jour au lendemain, sauf les conjonctives qui

restaient toujours insensibles; la température oscillait entre 38° et 39°.

Deux ou trois jours après son entrée à l'hôpital, entre une heure et deux heures de l'après-midi, François pousse un cri, perd connaissance, ses muscles se contractent, il rejette de la salive, mais ne se mord point la langue; au bout de cinq ou six minutes il revient à lui. Ces attaques, que l'on appela épileptiques, revinrent tous les jours à la même heure, pendant quarante jours de suite. Il était rare que pendant leurs évolutions le malade n'urinât point sous lui; mais jamais il n'eut de selles involontaires ni ne se mordit la langue.

Un mois après son arrivée, M. le professeur Proust fit écrire sur le cahier de visite : *myélite chronique épileptiforme.* — On fit prendre au malade, chaque jour, des douches aux jambes et au périnée, de la strychnine, des bromures, des iodures.

Quarante ou cinquante jours après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers la fin du mois de mars 1889, François recommença à sentir ses membres inférieurs et à les remuer. Bientôt il put se lever et marcher, mais il traînait les jambes et sa démarche ressemblait à celle qu'il a actuellement. Deux ou trois jours après qu'il eut recommencé à marcher, François urinait tout seul; en même temps disparaissaient les attaques épileptiformes. François vit son état s'améliorer de jour en jour, et quinze jours après qu'il eut commencé de marcher, il se sentait complètement guéri de sa paralysie. Mais en même temps il souffrait toujours de la tête et des reins; d'un autre côté, la vue, qui lui avait paru faible quatre ou cinq jours après son entrée à l'hôpital, s'affaiblissait de jour en jour.

Au commencement du mois d'avril 1889, des douleurs se firent sentir de nouveau dans les jambes et les mollets, accompagnées de fourmillements à la pointe des pieds. Trois ou quatre jours après le début de ces nouveaux accidents, le malade sentit ses jambes se paralyser peu à peu et devenir raides. Quelques jours après, le bras droit devenait raide à son tour; il était étendu le long du tronc; les doigts étaient en extension et entrelacés entre eux. La paralysie du bras disparut au bout de dix jours, subitement, comme elle avait du reste apparu. Mais la raideur dans les jambes persistait; si l'interne parvenait à les fléchir, c'était en lui causant de vives douleurs.

Ce fut aussi dans les premiers jours d'avril 1889 que François présenta un symptôme nouveau. Tout d'un coup, il sentit sa langue paralysée; il lui était impossible de proférer une seule parole. Ce mutisme complet dura dix-neuf jours; au bout de ce temps, il recommença à parler, mais il éprouvait une grande difficulté à prononcer les *p* et les *g*. Il n'arrivait que très difficilement à prononcer le mot « gargarisme ».

Un mois après sa rechute, c'est-à-dire au commencement de mai 1889, une aggravation notable se produisit : les *douleurs fulgurantes,* qui, il y a un mois, étaient à peine marquées, devinrent très vives aux jambes, à la ceinture, au creux épigastrique, le long de la colonne vertébrale et à l'occiput, et, si on pressait en ce dernier point, le malade ressentait des douleurs atroces. En même temps, il commença à vomir ses aliments; ses jambes maigrirent beaucoup; le sphincter de la vessie se paralysa de nou-

veau; il fallut avoir reçours à la sonde, et l'on constata, comme pendant sa première paralysie, du pus, des spermatozoïdes et du sang dans ses urines. François avait, en outre, des selles involontaires; la température oscille entre 39° et 40°. Au mois de juillet 1889, il eut des accès de folie, on fut obligé de lui mettre la camisole de force.

Ce fut à cette époque que, sur le cahier de visite, François vit écrit, à côté de son numéro : *Hystérie et aliénation mentale.*

Cette aggravation de tous les symptômes dura jusqu'à la fin de juillet 1889. Au mois d'août, une légère amélioration se produisit; les douleurs fulgurantes devinrent moins intenses; le malade retrouva ses jambes et, avec la sensibilité, la motilité ne tarda pas à reparaître; il resta néanmoins quelques plaques d'anesthésie. Aidé de béquilles, François commença à marcher, mais avec le pied droit il ne sentait pas du tout le sol; il lui semblait qu'il marchait sur du duvet; il sentait un peu mieux avec la jambe gauche. Quand il marchait, il lançait ses jambes à tort et à travers et frappait du talon; il ne pouvait pas marcher les yeux fermés. Son état resta à peu près le même jusqu'au mois d'août 1889.

Pour la troisième fois, sur le cahier de visite on changea le diagnostic; à la place d'*hystérie,* on écrivit *ataxie,* et au lieu de chloral et de bromure de potassium qu'on donnait au malade pendant qu'on le considérait comme hystérique, on le traitait maintenant par la pendaison. François a été pendu cinquante-huit fois; ce traitement a produit une grande amélioration dans la marche; mais le malade dit qu'il y a eu aggravation des symptômes douloureux, surtout des douleurs en ceinture. François a remarqué que, depuis le mois d'octobre dernier, il y voit très peu pendant la nuit; pendant le jour, il y voit double, mais il voit clair. Il y a environ six semaines que le malade a commencé à uriner tout seul. A la fin de décembre 1889, M. Proust dit à François qu'il ne pouvait plus rester dans son service, qu'on l'enverrait avec les incurables. Le malade préféra rentrer dans sa famille qui habite les environs de Toulouse. En passant à Bordeaux, il perdit connaissance à la gare et fut transporté à l'hôpital Saint-André, où il fut admis le 13 janvier 1890.

A son entrée à l'hôpital, le malade présentait beaucoup d'anxiété, de l'hyperesthésie musculaire, et il disait souffrir horriblement du creux épigastrique et de la colonne vertébrale. Le 17 au matin, il eut une crise très douloureuse; à huit heures, il parlait encore; après une piqûre de morphine, à huit heures et demie, il perdit tout d'un coup l'usage de la parole; quand il essayait de parler, une sorte de gargouillement se produisait dans sa bouche; cependant il pouvait avaler des liquides. Le soir, les douleurs étaient moins vives, mais le malade ne pouvait point parler ni tirer la langue. On voyait celle-ci pelotonnée au fond de la bouche. L'intelligence était conservée, et le malade répondait par écrit à toutes les questions qu'on lui posait. Le lendemain, la paralysie de la langue disparut tout d'un coup comme elle avait apparu.

État actuel le 20 janvier 1890. — Sensibilité : François se plaint surtout de douleurs aiguës, lancinantes, rapides comme des éclairs, siégeant

dans les membres inférieurs, depuis la ceinture jusqu'aux extrémités des orteils. Ces douleurs surviennent par accès. Elles sont souvent assez vives pour faire tressauter le malade et lui arracher des cris.

La peau est partout sensible au contact et à la piqûre. Elle l'est peut-être un peu moins sur les membres inférieurs que sur le tronc et la face. Pas d'anesthésie des conjonctives. Pas de zones spasmogènes.

Vue : Résultats de l'examen pratiqué par M. Badal le 20 janvier 1890 :

1° L'accommodation et les réflexes de l'iris sont conservés.

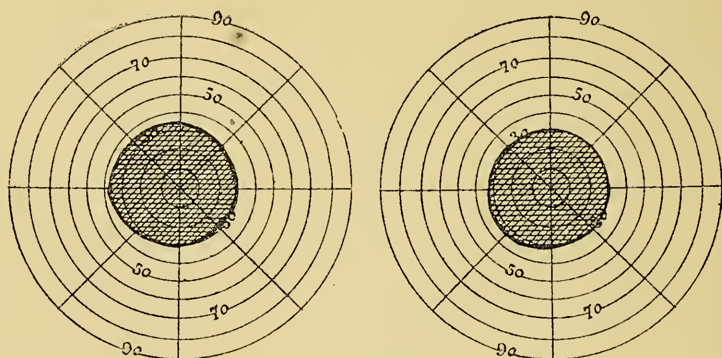
2° *Pas d'atrophie des nerfs optiques :* La papille droite est absolument normale; à gauche un peu de diffusion à la périphérie, encore n'est-il point certain que ce soit là un état pathologique.

3° L'acuité visuelle est réduite à $\frac{1}{6}$ à gauche (avec un verre corrigeant l'hypermétropie légère). A droite l'acuité est plus mauvaise, mais cet état doit être mis sur le compte d'un astigmatisme irrégulier, suite de kératites anciennes.

4° La vision des couleurs paraît conservée.

5° Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés, 25° à 30° dans toutes les directions *(fig. 68)*.

Fig. 68.



L'*odorat* est très affaibli, surtout à droite. Le *goût*, l'*ouïe* et le *toucher* sont normaux.

Motilité : Le malade, étendu dans la position horizontale, n'a pas de tremblement; il peut mouvoir assez bien ses membres. Lorsqu'il est debout, les yeux ouverts, il peut rester longtemps immobile, mais si on lui fait fermer les yeux, il chancelle aussitôt et tombe lourdement en avant ou en arrière, plus souvent en avant. La marche est difficile, hésitante, gênée par des secousses musculaires irrégulières; les talons sont lancés quelquefois au delà du but à atteindre; tout le corps est en état d'équilibre instable; les jambes présentent une sorte de tremblement un peu analogue à celui qu'on observe chez les malades atteints de tabes spasmodique.

Le sens musculaire, normal aux membres supérieurs, est aboli aux

membres inférieurs. Les yeux fermés, le malade ne se rend pas compte des déplacements qu'on imprime à ses jambes : il ne peut pas attraper ses talons avec ses mains; il perd ses jambes dans son lit.

Les muscles des membres inférieurs ont leur volume normal; ils sont fermes et un peu sensibles à la pression. La force y est bien conservée.

Les réflexes rotuliens ne sont pas abolis. Celui du côté droit est plus ample et plus brusque que celui du côté gauche.

Le réflexe au chatouillement plantaire est affaibli.

L'introduction du doigt au fond du pharynx ne provoque pas de haut-le-cœur.

La miction est facile. Le malade a quelquefois de la spermatorrhée. Il n'a plus d'érection depuis plusieurs mois.

Les appareils respiratoire, circulatoire et digestif ne présentent rien d'anormal.

L'intelligence est intacte. Le sommeil est souvent troublé par des cauchemars terrifiants. Pas de céphalée. Le caractère est inquiet, chagrin, mobile à l'excès.

En résumé, François M... présente des symptômes qui ressemblent incontestablement à ceux de l'ataxie locomotrice progressive. Il a des douleurs à type fulgurant, de l'incoordination motrice exagérée par l'occlusion des yeux, des troubles profonds du sens musculaire, etc. Mais c'est un névropathe qui a eu antérieurement des accidents complexes dont quelques-uns au moins (anesthésie de la muqueuse conjonctivale, attaques de sommeil) sont de nature hystérique. Avant de poser un diagnostic ferme, il faut savoir si l'hystérie ne pourrait pas également expliquer les symptômes actuels.

Vous remarquerez tout d'abord que notre malade n'a que les symptômes les plus saillants du tabes : les douleurs à type fulgurant et les troubles de la coordination motrice. Plusieurs signes moins apparents, mais tout aussi importants pour l'établissement du diagnostic, font défaut. Les réflexes rotuliens sont conservés; les réactions de l'iris à la lumière et à l'accommodation sont normales; il n'y a pas d'atrophie blanche de la papille.

Or, c'est précisément ainsi que se sont passées les choses chez la plupart des malades atteints du pseudo-tabes hystérique dont les observations ont été publiées. Les symptômes extérieurs du tabes étaient très nets, mais les symptômes latents, ceux qu'on pourrait à juste titre appeler les stigmates tabétiques : le signe de Westphall, la papille d'Argyll Robertson, l'atrophie papillaire, etc., faisaient défaut.

Dès lors, nous devons, ce me semble, raisonner de la façon suivante : Notre malade a des symptômes sensitifs et moteurs qu'on peut rencontrer également dans le tabes vrai et dans le pseudo-tabes hystérique. Il est en outre porteur de quelques stigmates hystériques (abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement concentrique des champs visuels) et ne présente pas de stigmates tabétiques (signe de Westphall, signe d'Argyll Robertson, atrophie papillaire). En conséquence, il est très vraisemblablement atteint de pseudo-tabes hystérique. Il n'a pas de lésions indélébiles de la moelle épinière. C'est un de ces faux ataxiques qui peuvent guérir d'un instant à l'autre sous l'influence de simples émotions morales.

TRENTE-SIXIÈME LEÇON

DES TROUBLES TROPHIQUES DANS L'HYSTÉRIE

SOMMAIRE

I. Œdème des membres inférieurs simulant une *phlegmatia alba dolens,* survenu chez une hystérique à la suite de contrariétés et modifié par l'aimantation.

II. Réfrigération permanente des jambes dans un cas de paraplégie hystérique : guérison par la faradisation.

III. Atrophie musculaire hystéro-traumatique sans paralysie ni contracture préalables.

IV. Paralysie faciale hystéro-traumatique avec affaiblissement rapide de l'excitabilité électrique des muscles du visage.

V. Eschare fessière et chute spontanée des dents dans le cours d'une paralysie hystérique des quatre membres.

Messieurs,

Jusque dans ces dernières années, l'opinion à peu près unanime des cliniciens était que l'hystérie ne détermine pas de troubles trophiques. Les œdèmes, signalés jadis par Sydenham et par Brodie, étaient considérés comme des exceptions tellement rares qu'il n'y avait presque pas lieu d'en tenir compte, et, dans la pratique, il suffisait qu'on constatât une modification notable de la nutrition locale pour qu'on éliminât l'hypothèse de l'hystérie. Les études entreprises récemment sur les atrophies musculaires liées aux paralysies et aux contractures hystériques [1] ont été, pour beaucoup de médecins, une révélation imprévue. Elles ont ouvert la voie à des recherches qui nous ménagent probablement bien d'autres surprises.

A vrai dire, il est encore impossible de tracer une histoire didactique complète des troubles trophiques dépendant de l'hystérie; mais les faits s'accumulent petit à petit, et dans un avenir prochain ils seront sans doute assez nombreux pour servir de base à des

[1] Voyez XXX[e] leçon, page 394 et suivantes.

déductions rigoureusement établies. Pour le moment il convient de recueillir des documents. Aussi vais-je vous faire connaître, sans y ajouter de longs commentaires, quelques exemples de troubles trophiques et vaso-moteurs que nous avons eu l'occasion d'observer sur les hystériques de notre service.

I

L'œdème se montre assez souvent, chez les hystériques, à titre de complication des contractures ou des paralysies. Il est rare qu'il survienne indépendamment de tout trouble concomitant de la motricité. Cependant l'existence de l'œdème hystérique isolé est admise par la plupart des auteurs classiques. Sydenham a même depuis longtemps indiqué les principaux caractères qui permettent de distinguer cette variété d'infiltration œdémateuse de celle qui dépend de lésions organiques vulgaires : « On peut toujours, dit-il, observer deux choses dans l'enflure des hydropiques, c'est qu'elle est plus considérable le soir et que, quand on la presse fortement avec le doigt, l'impression y reste comme dans la cire molle. Au contraire, l'enflure des personnes hystériques est plus grande le matin, et quand on la presse avec le doigt il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi l'enflure n'est qu'à une des deux jambes[1]. »

Néanmoins les exemples d'œdème hystérique indépendant de toute complication susceptible de jeter le doute sur l'exactitude du diagnostic sont peu nombreuses. Georget, Landouzy, Briquet n'en ont, à ma connaissance, rapporté aucun, et ceux qu'on rencontre çà et là dans les recueils périodiques sont rédigés avec si peu de détails, qu'il est à peu près impossible de fonder sur eux un jugement sérieux.

L'observation suivante, recueillie à la consultation externe de notre clinique, par M. Fischer, me paraît être à l'abri de ces reproches :

Observation I. — *Œdème hystérique des membres inférieurs.* — Mlle C..., âgée de vingt ans, est une belle et grande jeune fille qui a joui jusque dans ces derniers temps d'une bonne santé. Son père et sa mère n'ont jamais eu d'accidents nerveux. Ils ont huit enfants, tous vivants et bien portants. Mlle C..., qui est la cadette, s'occupe très activement de

[1] Sydenham, *Dissertation sur l'affection hystérique.*

l'éducation de ses jeunes frères et sœurs. C'est elle qui les instruit et les surveille. D'un caractère triste et fort impressionnable, elle s'émeut outre mesure des événements les plus futiles. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Quelques jours avant le début de la maladie dont nous allons raconter les épisodes, elle éprouva un gros chagrin. Elle s'était attachée à un jeune homme qui l'avait demandée en mariage et qui était officiellement reçu chez elle. Mais ses parents, après avoir pris des informations qui ne furent pas favorables, brisèrent brusquement les espérances de la jeune fille en congédiant le futur.

Vers le 15 novembre 1886, Mlle C... commença à éprouver de violents maux de tête localisés à la tempe gauche et accompagnés d'hyperesthésie de l'œil et de l'oreille du même côté. Ils étaient assez forts pour empêcher la malade de se livrer à ses occupations habituelles. Le bruit et la lumière lui étaient insupportables. Cet état dura jusqu'au 9 décembre. Ce jour-là, après une fumigation de la tête conseillée par une herboriste du voisinage, Mlle C... fut prise de vomissements et eut une attaque de léthargie. Ses membres étaient flasques, inertes, elle ne sentait pas les piqûres, elle n'entendait pas ce qu'on lui disait. On fit appeler un médecin, qui réussit à la réveiller en frappant violemment, avec un linge mouillé, la région épigastrique. Cette première attaque avait duré cinq heures. La semaine suivante, il y eut deux nouvelles attaques de sommeil léthargique qui durèrent chacune quarante-huit heures. La dernière fut suivie d'une contracture très douloureuse des muscles de la nuque qui persista pendant deux jours et fut remplacée tout à coup, le 15 décembre, par une douleur très violente de la région iliaque droite. Cette douleur, qui était assez intense pour empêcher tout mouvement du tronc, ne s'accompagnait ni de fièvre, ni de vomissement, ni de tuméfaction du ventre. Elle disparut brusquement le 23 décembre.

Le même jour, le mollet gauche devint le siège de sensations pénibles, analogues à celles que provoquent les contractures. Le lendemain il était sensiblement plus volumineux que le mollet droit. Le 25 décembre, l'enflure s'étendait à la cuisse et s'élevait jusqu'au pli de l'aine. Le membre inférieur droit était normal. Le gonflement persista une dizaine de jours, puis il disparut graduellement.

Il se montra de nouveau le 12 février 1887, à la suite d'une émotion morale. Un des jeunes frères de Mlle C... ne rentra pas à la maison à l'heure habituelle. On craignit qu'il ne lui fût arrivé un accident. Notre malade, toujours inquiète, eut un moment d'angoisse très pénible. Le lendemain matin, son membre inférieur gauche, qui avait repris depuis près d'un mois son volume normal, était redevenu plus enflé qu'il ne l'avait jamais été.

C'est alors que Mlle C... fut conduite à la consultation externe de la clinique.

État actuel le 20 février 1887 : Le pied et la jambe gauches sont le siège d'une tuméfaction œdémateuse notable. Le mollet gauche mesure

trois centimètres de circonférence de plus que le droit. L'enflure ne remonte pas au-dessus du genou. Les parties tuméfiées ont leur coloration normale :

Fig. 69. — Distribution de l'analgésie cutanée chez Mlle C...

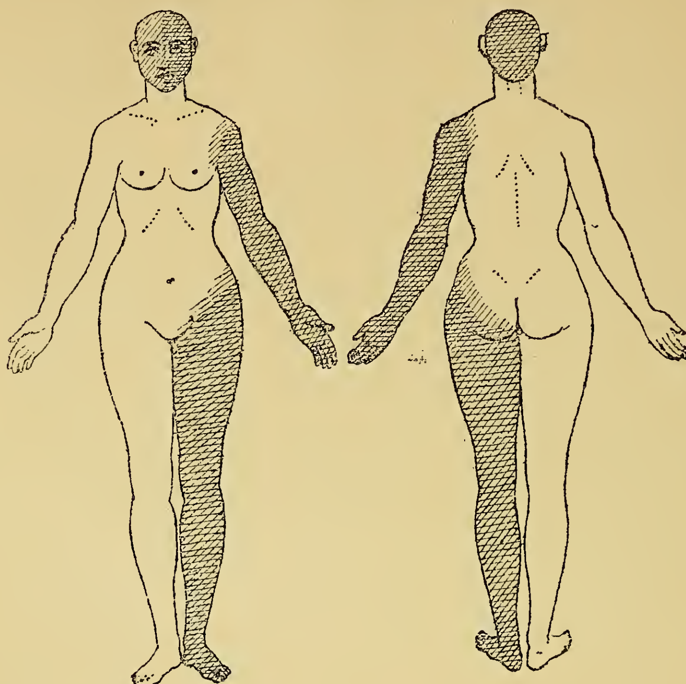
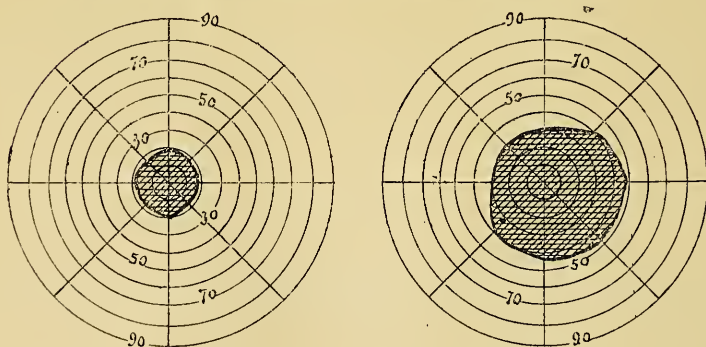


Fig. 70. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Mlle C...



les veines superficielles ne sont pas dilatées. L'œdème est dur, résistant, élastique, ne conservant pas l'empreinte du doigt. Il est plus marqué le soir que le matin. La pression du mollet n'est douloureuse que si elle est

exercée avec une certaine énergie. La pression de la cuisse, même le long du trajet de la veine saphène interne, est indolente. Il n'y a pas de douleurs spontanées.

La température des téguments est sensiblement égale des deux côtés.

Tous les mouvements de la jambe, du pied et des orteils sont exécutés normalement. La marche est possible, mais elle est suivie d'une fatigue rapide et d'une augmentation considérable de l'œdème.

Le sens musculaire est intact.

Le réflexe rotulien est normal à droite et très affaibli à gauche. Le réflexe au chatouillement plantaire est aboli des deux côtés.

La calotte crânienne en totalité, la moitié gauche de la face, le membre supérieur gauche jusqu'au moignon de l'épaule, le membre inférieur gauche jusqu'à la crête iliaque sont analgésiques *(fig. 69)*, mais les piqûres pratiquées sur ces parties saignent et ne s'entourent pas de papules saillantes. La moitié droite de la face est hypoesthésique. Les membres du côté droit, le tronc et le cou ont conservé leur sensibilité normale.

Les conjonctives sont complètement anesthésiques. Le champ visuel est rétréci concentriquement, des deux côtés, beaucoup plus à gauche qu'à droite *(fig. 70)*. Pas d'achromatopsie ni de dyschromatopsie.

L'ouïe, le goût et l'odorat sont intacts, mais le chatouillement de la muqueuse du nez ne provoque pas d'éternuement, et la piqûre de la langue n'est pas perçue douloureusement. Pas de zones spasmogènes.

Le cœur paraît absolument sain.

Les urines sont claires, limpides, abondantes et ne donnent aucun précipité par la chaleur ni par l'acide nitrique.

L'appétit est assez bon. Les maux de tête, si violents au début de la maladie, ont disparu depuis plusieurs semaines. La malade n'a pas d'attaques de nerfs, mais elle éprouve souvent de véritables accès d'énervement accompagnés de pandiculations involontaires et de secousses musculaires dont il lui est impossible de se rendre maîtresse. L'hypnotisation n'a pas été tentée.

Du 22 février au 1er mars, nous faisons appliquer tous les deux jours, pendant une heure chaque fois, un fort aimant sur la jambe gauche de la malade. Dès la première application, la sensibilité cutanée reparaît, sans transfert, dans tout le membre inférieur gauche.

Le 27 février, on constate une diminution très notable de l'œdème. Le 28, la malade nous raconte qu'elle est restée toute la journée précédente debout dans le magasin tenu par sa mère sans éprouver de fatigue. Le 1er mars, l'enflure n'est plus appréciable : il y a à peine un centimètre de différence entre les deux mollets. La malade cesse de venir à la consultation.

Cette observation, Messieurs, me paraît fort intéressante. Elle offre, si je ne me trompe, un exemple très net d'œdème névropathique localisé, survenu chez une jeune fille manifestement hystérique à la suite d'une émotion morale et guéri par l'aimantation. Ainsi que l'indique Sydenham, cet œdème était dur, élastique,

résistant sous le doigt, mais, contrairement aux affirmations du médecin anglais, il était beaucoup plus marqué le soir que le matin. Il ne faudrait donc pas considérer l'exagération vespérale de la tuméfaction comme un élément positif de diagnostic différentiel entre les œdèmes hystériques et les œdèmes organiques ou dyscrasiques.

II

L'œdème névropathique est le résultat d'une paralysie vasomotrice avec dilatation permanente des capillaires. On peut observer dans l'hystérie un état inverse des réseaux vasculaires, c'est-à-dire une contracture permanente des vaisseaux se traduisant par la pâleur et la réfrigération des tissus. Nous en avons eu un exemple sous les yeux dans un cas de paraplégie hystérique dont voici l'histoire :

Obs. II. — *Paraplégie hystérique flaccide. Réfrigération permanente de la peau des jambes. Abolition des réactions vasculaires provoquées par les sinapismes. Guérison par la faradisation.* — Marie M..., vingt-quatre ans, tailleuse, est entrée à l'hôpital Saint-André, salle 7, lit 23, pour une paralysie des membres inférieurs.

Antécédents héréditaires : Père mort à quarante-six ans d'une fluxion de poitrine; c'était, au dire de la malade, un homme doux et rangé. *Mère* rhumatisante. Deux *sœurs* sont sujettes à des attaques de nerfs.

Antécédents personnels : A six ans, Marie a eu des douleurs si aiguës dans le bas-ventre et dans les membres inférieurs qu'elle est restée deux ans sans pouvoir marcher. A dix ans, fièvres intermittentes. A seize ans, fluxion de poitrine. A dix-sept ans, elle est entrée à l'hôpital pour des palpitations de cœur accompagnées d'œdème des membres inférieurs et d'ascite (?). Après dix-huit mois de maladie, elle guérit intégralement, quitta l'hôpital et se maria. A dix-neuf ans, fausse couche de deux mois. A vingt et un ans, péritonite (?) consécutive à un refroidissement. Jamais d'attaques convulsives.

Début de la paraplégie : Il y a six mois, Marie M... devint enceinte pour la seconde fois. Pendant trois mois et demi tout alla pour le mieux, mais à cette époque, une chute sur le dos détermina, au grand désespoir de la malade, une seconde fausse couche. Les jours suivants une péritonite se déclara. Marie resta confinée au lit, souffrant beaucoup du ventre, des reins et des membres inférieurs. Quand les accidents aigus se calmèrent, elle s'aperçut que ses jambes étaient inertes, et depuis lors il lui a été impossible de les remuer.

État actuel : Les membres inférieurs sont paralysés et flasques; on peut les fléchir ou les étendre sans éprouver la moindre résistance, mais la

malade est incapable de les mouvoir volontairement. Les masses musculaires des cuisses et des mollets ont conservé leur volume normal. Les

Fig. 71. — Distribution de l'anesthésie cutanée chez Marie M...

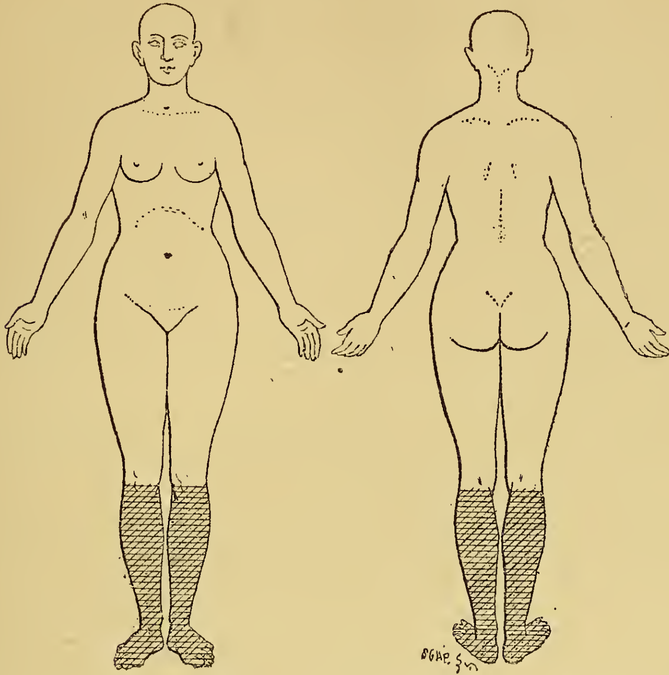
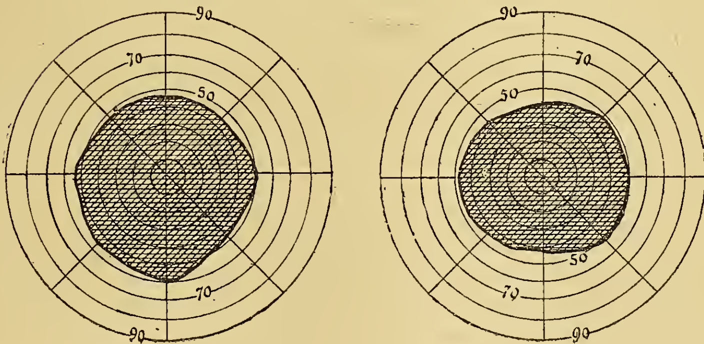


Fig. 72. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Marie M...



réactions électriques des muscles et des nerfs ne sont pas modifiées. L'excitabilité galvanique est peut-être un peu diminuée dans les triceps suraux, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence. La notion de

position des membres inférieurs est abolie; la malade ne se rend pas compte, quand elle a les yeux fermés, des déplacements qu'on imprime à ses jambes. Les réflexes rotuliens sont faibles. Pas de trépidation épileptoïde.

Les jambes et les pieds sont le siège d'une anesthésie totale et complète, aussi bien de la peau que des parties profondes *(fig. 71)*. Les piqûres pratiquées sur ces régions ne sont pas perçues et ne saignent pas; les sinapismes placés sur les mollets ne provoquent ni rubéfaction ni sensations douloureuses.

La température des jambes et des pieds est beaucoup plus basse que celle des cuisses et du tronc : elle est de 25° sur les jambes, de 34° sur les cuisses et de 38° dans le vagin.

La malade se plaint d'éprouver constamment dans les extrémités inférieures une sensation pénible et permanente de froid. De plus, elle ressent dans les reins, les cuisses et les jambes, des douleurs rongeantes qui s'exaspèrent à certains moments au point de devenir insupportables.

Les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutent régulièrement. Les membres supérieurs ne présentent aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. Le cœur est sain. L'utérus est un peu plus volumineux et un peu moins mobile qu'à l'état normal.

Le réflexe pharyngien est conservé. Les deux champs visuels sont rétrécis concentriquement *(fig. 72)*. Les couleurs sont bien distinguées. Il n'y a pas de polyopie monoculaire.

La colonne vertébrale n'est le siège d'aucune déformation ni d'aucune sensibilité anormale à la pression. On peut percuter vigoureusement toutes les apophyses épineuses sans provoquer de douleurs.

En présence de ces symptômes je portai le diagnostic de *paraplégie hystérique,* fondé sur les considérations suivantes :

1° Marie M... a deux sœurs hystériques et elle a eu elle-même dans son enfance et dans sa jeunesse des accidents étranges dont la guérison intégrale permet de soupçonner la nature névropathique.

2° La paraplégie a débuté à la suite d'une contrariété; la malade désirait un enfant; elle était heureuse d'être enceinte et ses espérances ont été brusquement déçues par l'accident qui a interrompu le cours de sa grossesse.

3° Cette paraplégie, qui dure déjà depuis deux mois, est restée flaccide et ne s'est pas compliquée d'atrophie des muscles paralysés. Ces muscles ont même conservé leurs réactions électriques normales. Or, les paraplégies organiques qui restent flaccides s'accompagnent, à brève échéance, d'atrophie musculaire ou tout au moins de modifications des réactions électriques.

4° L'anesthésie et la paralysie motrice ne se superposent pas d'une façon concordante : la première est limitée aux jambes et

aux pieds; la seconde s'étend à toute la musculature des membres inférieurs. Une lésion médullaire rendrait difficilement compte de cette discordance qui est toute naturelle s'il s'agit d'une paraplégie hystérique.

5° Il n'y a pas de troubles de la miction ni de la défécation, ce qui serait fort extraordinaire si la paraplégie était causée par une lésion destructive de la moelle épinière.

6° Enfin, nous trouvons dans le rétrécissement concentrique des champs visuels un stigmate hystérique d'une réelle importance.

Les événements ultérieurs ont démontré l'exactitude du diagnostic. Marie M... a été soumise à un traitement actif par la faradisation. Dès les premières séances la sensibilité a reparu dans les jambes. A la huitième, la guérison était complète. A ce moment les jambes avaient une température normale. Le thermomètre placé sur les mollets marquait 32° 8, sur la cuisse 34° 2, dans le vagin 38° 1. Un sinapisme appliqué pendant dix minutes sur la jambe droite provoqua une rubéfaction très notable de la peau sous-jacente et une vive douleur.

III

Les atrophies musculaires qui accompagnent si souvent les paralysies et les contractures hystériques tiennent, selon toute vraisemblance, à un trouble purement dynamique des cellules des cornes antérieures de la moelle. Mais les modifications intra-cellulaires dont dépend l'atrophie sont autres que celles qui causent la paralysie ou la contracture, puisque les deux séries de phénomènes ne sont pas nécessairement associées et qu'on observe fréquemment des cas de paralysie hystérique ou de contracture hystérique de longue durée, sans traces d'atrophie musculaire concomitante, et quelquefois des cas d'atrophie musculaire hystérique sans paralysie ni contracture concomitantes.

Les faits appartenant à ce dernier groupe, c'est-à-dire les faits d'atrophie musculaire hystérique primitive, sont peu connus[1]; je crois cependant en avoir vu quelques-uns, et le malade que je vous présente me paraît être de ce nombre.

[1] MM. Gilles de La Tourette et Dutil en rapportent un dans leur mémoire sur les *Troubles trophiques dans l'hystérie* (*Nouvelle Iconographie photographique de la Salpêtrière,* 1889, t. II, obs. I, p. 253).

Obs. III. — *Atrophie musculaire hystérique sans paralysie ni contracture.* — Bar..., vingt-trois ans, biseauteur-polisseur sur glaces.

Antécédents héréditaires : Grand'mère maternelle asthmatique. *Père* mort à trente-cinq ans de fièvre typhoïde, était alcoolique et très irascible. — *Mère* vivante, sujette à des crises nerveuses sans pertes complètes de connaissance.

Antécédents personnels : Fièvres intermittentes de huit à douze ans. Pas d'excès alcooliques; pas de syphilis. Bar... est d'un caractère très emporté, mais il n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Début de la maladie : En 1882, dans le courant d'une dispute avec un Espagnol, Bar... reçut un coup de couteau sur le bord axillaire du grand pectoral gauche. La plaie saigna abondamment et guérit au bout de quelques jours sans avoir donné lieu à des complications pulmonaires.

Quelques mois plus tard, Bar... s'aperçut que les muscles de l'éminence thénar gauche maigrissaient. Un an après, il commença à ressentir quelques fourmillements sur le bord interne de la main et de l'avant-bras du même côté. La force du membre supérieur gauche n'était pas notablement diminuée, mais l'amaigrissement allait toujours en s'accentuant. A ces symptômes s'ajoutèrent, en 1886, des palpitations de cœur et des douleurs assez vives au niveau de la région lombaire de la colonne vertébrale. C'est surtout à cause de ces douleurs que le malade est entré à l'hôpital le 15 février 1887.

Ainsi que vous le voyez, Bar... est un jeune homme robuste taillé comme un hercule.

Le membre supérieur gauche est le siège d'une atrophie musculaire très marquée. Les saillies des éminences thénar et hypothénar, celles des interosseux sont effacées et remplacées par des creux. La main, au repos, a l'attitude dite *en griffe,* mais les mouvements de ses divers segments sont encore possibles. L'extension volontaire des doigts est cependant incomplète et accompagnée d'un tremblement oscillatoire très manifeste qui s'étend bientôt à toute la main et s'arrête aussitôt que cesse l'effort volontaire. La pression du dynamomètre égale : du côté droit, 45 kilog.; du côté gauche, 15.

Les muscles de l'avant-bras gauche sont proportionnellement moins amaigris que ceux de la main. La mensuration comparée des deux avant-bras donne un centimètre de différence en faveur du côté droit, bien que le malade soit gaucher.

Les réflexes tendineux du poignet gauche sont affaiblis. Les réflexes à la percussion directe des muscles de l'avant-bras et du bras sont normaux.

Les réactions électriques (faradiques et galvaniques) des muscles atrophiés et des nerfs qui les animent sont absolument normales. Il n'y a pas traces de réaction de dégénérescence.

Les muscles des épaules, du cou, du tronc, du membre supérieur droit et des membres inférieurs, ont leur volume normal.

Sur le bord inférieur du muscle grand pectoral gauche, on remarque une cicatrice linéaire de trois centimètres de longueur environ, lisse, indolente, non indurée et n'adhérant pas aux tissus profonds.

L'examen de la sensibilité donne les résultats suivants :

Larges îlots d'hypoesthésie occupant presque toute l'étendue du membre supérieur gauche, le thorax et le moignon de l'épaule droite *(fig. 73)*.

Fig. 73. — Distribution des troubles de la sensibilité cutanée chez Bar...

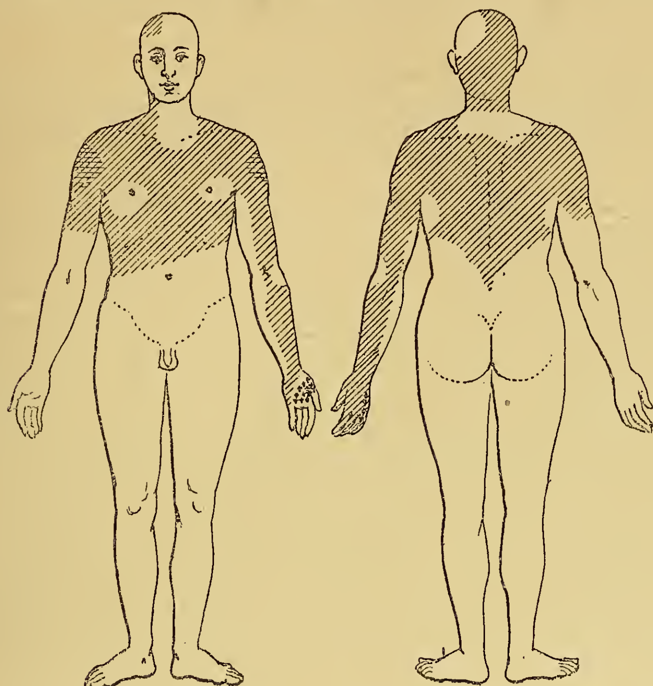
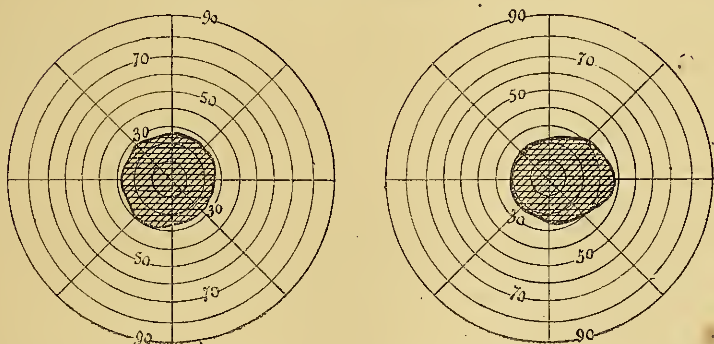


Fig. 74. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Bar..



L'extrémité des doigts et la paume de la main du côté gauche sont hyperesthésiques. Le contact de ces régions donne lieu à des fourmillements

désagréables. Il en est de même de la pression le long du bord cubital de la main et de l'avant-bras gauche.

Toutes les muqueuses, sauf celle du larynx, sont hypoesthésiques. Le réflexe pharyngien est aboli. Les deux champs visuels sont très rétrécis (*fig.* 74).

Les testicules sont normalement sensibles; pas de zones spasmogènes. Il existe un peu de douleur à la pression au niveau des apophyses épineuses de la région lombaire.

Il n'y a aucun trouble de la miction ni de la défécation.

Le malade se plaint de battements de cœur fréquents, mais à l'auscultation et à la percussion de cet organe on ne trouve rien d'anormal.

Tels sont les symptômes présentés par notre malade. Comment faut-il les interpréter?

Il ne s'agit évidemment, dans le cas actuel, ni d'une atrophie progressive du type Aran-Duchenne, ni d'une sclérose latérale amyotrophique, ni d'une atrophie myopathique primitive. En ne tenant compte que des notions ayant pour ainsi dire cours légal dans la science, on devrait diagnostiquer une *atrophie réflexe*. Mais l'hypothèse d'une atrophie réflexe n'expliquerait pas les stigmates sensitivo-sensoriels dont l'examen clinique nous a révélé l'existence. D'ailleurs, ces mots d'atrophie réflexe ne correspondent à aucune conception nosographique précise. On décrit aujourd'hui sous ce nom un certain nombre d'atrophies musculaires qui succèdent à des traumatismes. Mais on appelait également, il y a quelques années, contractures réflexes, paralysies réflexes, tremblements réflexes, une foule d'accidents qui appartiennent absolument à l'hystérie et qui sont entrés tout naturellement dans le groupe des accidents hystéro-traumatiques le jour où ce groupe a été créé par le génie de M. Charcot. Il en sera sans doute de même pour une grande partie des observations d'atrophies réflexes. Et pour ce qui concerne notre malade, je n'hésite pas à déclarer qu'à mon avis il est atteint d'une atrophie musculaire hystéro-traumatique, c'est-à-dire d'une atrophie musculaire développée chez un hystérique à l'occasion d'un traumatisme. D'où je déduis cette conséquence, fort importante au point de vue pratique, que son atrophie n'est pas incurable comme elle le serait si elle dépendait d'une lésion progressive des centres nerveux, et que même il ne serait pas surprenant qu'elle guérît un jour ou l'autre avec une remarquable rapidité sous l'influence d'un traitement quelconque ou à la suite d'une émotion morale ou

d'un nouveau traumatisme, comme le fit ce malade de Vulpian qui guérit en quelques semaines d'une atrophie des muscles de la jambe après avoir failli se rompre les os en tombant d'une voiture [1].

IV

En règle générale, les paralysies hystériques ne s'accompagnent pas de modifications notables de l'excitabilité électrique des muscles. Il peut arriver cependant que les muscles paralysés deviennent rapidement moins excitables aux courants galvaniques et faradiques, ce qui serait de nature, si on n'en était prévenu, à entraîner des erreurs de diagnostic. Il est même possible qu'on observe dans quelques cas de la *réaction de dégénérescence,* ainsi que MM. Gilles de La Tourette et Dutil en ont cité un exemple. Je n'ai jamais constaté, pour ma part, dans l'hystérie, cette perversion des réactions électriques, mais j'ai vu survenir, chez quelques malades atteints de paralysies franchement hystériques, un affaiblissement rapide de l'excitabilité des muscles paralysés. En voici la preuve :

Obs. IV. — *Paralysie faciale survenue chez une hystérique à la suite d'un traumatisme léger. Affaiblissement rapide de l'excitabilité électrique des muscles paralysés. Guérison.* — Jeanne J..., ménagère, est âgée de quarante-six ans.

Antécédents héréditaires : Père inconnu ; *mère* vivante, âgée de soixante-seize ans ; n'a jamais eu de maladies nerveuses. Pas de renseignements sur le reste de la famille.

Antécédents personnels : Jeanne a eu, à douze ans, une fièvre typhoïde grave. Depuis lors, elle est sujette à des migraines très violentes. Mariée à vingt-huit ans à un homme ivrogne, brutal et débauché, elle a été très malheureuse avec lui. A la suite de scènes de ménage, elle a eu souvent de grandes attaques convulsives de nature hystérique.

Il y a quinze jours, pendant une de ces attaques qui se prolongeait dans la nuit, son mari, exaspéré de ne pouvoir dormir, lui donna sur le milieu de la joue droite un coup avec le bec d'une lampe à gaz Mill qu'il tenait à

[1] Vulpian, *Maladies du système nerveux,* t. II, note de la page 590. Il s'agit dans ce cas d'un homme qui, dans le cours d'une sciatique très intense, eut une atrophie très prononcée des muscles de la jambe gauche. Les divers traitements employés, notamment la faradisation, échouèrent complètement. Un jour le malade fit une chute de voiture. Il perdit connaissance. On le transporta au lit et on constata qu'il avait des contusions considérables, particulièrement sur le bras et la jambe gauches. Au bout de peu de jours, lorsque les douleurs des contusions s'apaisèrent, il s'aperçut que les douleurs de la sciatique n'existaient plus. Deux ou trois semaines après, il marchait plus facilement qu'avant la chute, et quelques semaines plus tard l'atrophie avait complètement disparu.

la main. Il en résulta une brûlure au deuxième degré sur une surface de deux centimètres carrés environ. Trois jours après, la malade remarqua qu'elle avait de la difficulté à ouvrir la bouche. En même temps se produisit un blépharospasme des paupières du côté droit et une déviation très marquée de la bouche, vers le côté gauche. Cet état dura quarante-huit heures; puis l'œil droit s'ouvrit tout à coup et resta ouvert sans que la malade pût le fermer volontairement.

État actuel : Paralysie faciale droite avec flaccidité de la joue paralysée et entraînement très marqué de la bouche vers le côté gauche. La déviation est augmentée quand la malade parle et surtout quand elle rit. Dans ces actes, la moitié gauche des lèvres est seule mobile. Quand la malade veut souffler, l'air passe par la moitié droite de la commissure des lèvres. La paupière supérieure droite est relevée; elle reste immobile dans les efforts de clignement et dans les tentatives que fait la malade pour fermer volontairement les yeux.

Les muscles releveurs de la mâchoire inférieure sont le siège d'une rigidité permanente qui empêche presque complètement l'ouverture de la bouche. Les mâchoires ne peuvent être écartées de plus d'un centimètre. La langue ne peut être tirée hors de la bouche à cause de la contracture des mâchoires. Autant qu'on en peut juger, elle n'est pas déviée. La malade affirme du reste qu'elle peut la mouvoir sans aucune difficulté dans l'intérieur de la cavité buccale.

L'exploration électrique, pratiquée par M. le professeur Bergonié, révèle une diminution très notable de l'excitabilité aux courants faradiques et galvaniques dans les muscles peauciers de la moitié droite de la face, sans réaction de dégénérescence.

La sensibilité cutanée est partout conservée. Les organes des sens fonctionnent normalement. Les champs visuels ne sont pas rétrécis. Pas de zones spasmogènes. Pas d'ovaralgie.

La malade est soumise à un traitement hydrothérapique et, trois fois par semaine, à de courtes séances d'électrisation. Un mois après, elle quitte l'hôpital tout à fait guérie de la paralysie faciale pour laquelle elle y était entrée.

Cette observation me paraît fort intéressante. Nous avons déjà vu précédemment que, dans l'hémiplégie hystérique, les muscles de la face ne se comportent pas comme les autres muscles du corps. Ils sont le siège de contractures totales ou partielles donnant lieu tantôt à l'hémispasme glosso-labié type, tantôt à la rigidité des mâchoires ou de la langue seulement. Il est curieux de constater que, dans un cas de paralysie hystéro-traumatique de la face, des contractures de certains muscles se sont associées à la paralysie des autres. Le cas échéant, cette association de la contracture et de la paralysie pourrait servir utilement au diagnostic.

Il est intéressant de noter aussi que les paralysies hystéro-traumatiques peuvent s'accompagner d'affaiblissement rapide de l'excitabilité électrique des muscles paralysés. Cet affaiblissement a été constaté chez notre malade quinze jours seulement après l'apparition de la paralysie. Il n'a pas empêché la guérison de se produire à courte échéance : il n'aggrave donc pas sensiblement le pronostic.

V

Les troubles trophiques aboutissant à la destruction locale des tissus sont probablement moins communs que ceux dont nous venons de nous occuper. On peut cependant observer, chez les hystériques, des chutes spontanées des ongles, analogues à celles qui se produisent fréquemment chez les ataxiques. Deux de nos malades ont présenté nettement ce phénomène [1]. On peut aussi observer quelquefois des chutes spontanées des dents et des eschares sacrées, ainsi que le prouve le fait suivant :

Obs. V. — *Paralysie hystérique des quatre membres. Chute spontanée des dents de la mâchoire supérieure gauche. Eschare fessière.* — Jeanne R..., âgée de vingt-cinq ans, domestique, est entrée à l'hôpital Saint-André, salle 7, lit 16, pour une paralysie hystérique des membres du côté droit.

Antécédents héréditaires : Père mort de la poitrine; il était violent et brutal, pas ivrogne. *Mère* vivante, âgée de soixante-dix ans, hémiplégique depuis un an, a toujours été d'un caractère très emporté. Pas de renseignements sur les autres parents.

Antécédents personnels : Enfance maladive. Vers sept ou huit ans, Jeanne a commencé à avoir des attaques de vers (?), qui sont devenues moins fréquentes et moins violentes à l'époque où la menstruation s'est établie (treize ans). A quatorze ans, fièvres intermittentes. A quinze ans, fièvre muqueuse suivie de gastrite (?). A dix-sept ans, fluxion de poitrine, vomissement de sang à répétition pendant plusieurs mois. Hoquets fréquents. Caractère mobile et très irritable.

Histoire de la maladie : Vers l'âge de vingt ans, Jeanne R... devint sujette à des attaques de sommeil. Elle éprouvait de temps en temps une sensation de lassitude générale, sentait une boule qui s'agitait dans la région ovarienne gauche, remontait à l'épigastre et allait se fixer à la gorge. Alors la malade tombait n'importe où, sans convulsions, et restait dans un état de

[1] Ce sont la nommée Jeanne Lac..., dont l'observation est rapportée page 184, et le nommé Guin..., dont il est question page 293, à propos des tremblements hystériques. Chez la première, les ongles des cinq orteils droits sont tombés une fois; chez le second, les ongles des deux gros orteils se sont détachés spontanément cinq ou six fois dans l'espace de quatre années.

sommeil profond durant deux ou trois heures dont on ne pouvait la tirer par des excitations extérieures.

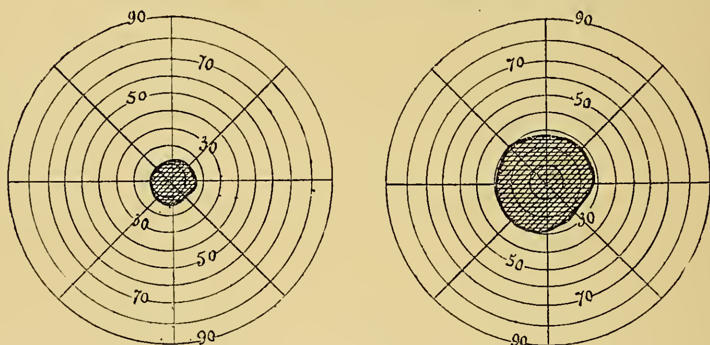
A vingt et un ans, à la suite d'une peur, elle eut pour la première fois de sa vie une grande attaque convulsive. Depuis lors, elle est sujette à des attaques hystériques régulières qui se produisent à l'occasion de contrariétés ou sans provocation apparente, et a des céphalalgies intenses.

Depuis cette époque, elle a eu plusieurs fois, et toujours à la suite de séries d'attaques convulsives très violentes, des paralysies hystériques. Une première fois, en 1886, elle est restée deux mois paralysée des quatre membres. La paralysie s'est reproduite en 1887 et a persisté dix-huit mois. Elle s'est montrée de nouveau pendant trois mois en octobre 1888 et en août 1889.

C'est dans le cours de ces paralysies que sont survenus les troubles trophiques dont il va être question.

En 1886, pendant la paralysie des quatre membres qui a duré trois mois, la malade a eu une large eschare fessière. En 1887, quand la paralysie s'est montrée pour la deuxième fois, l'eschare s'est reproduite. Elle a été, paraît-il, très large, mais elle n'a pas dû être très profonde, car elle n'a pas laissé de

Fig. 75. — Rétrécissement concentrique des champs visuels de Jeanne R...



cicatrice. En 1888, pendant la troisième attaque de paralysie, la malade a beaucoup souffert de névralgies de la face. Un jour elle a constaté une tuméfaction œdémateuse de la joue et des gencives du maxillaire supérieur gauche; puis, sans qu'il y eût de suppuration, toutes les molaires de la mâchoire supérieure gauche se sont ébranlées, et dans l'espace d'un mois elles sont toutes tombées. Elles n'étaient pas cariées et se détachaient sans douleur de leurs alvéoles. Les autres dents n'ont rien présenté de particulier.

État actuel en juillet 1890 : Jeanne R... est sujette à des attaques convulsives qui se répètent tous les deux ou trois jours. Elle est encore atteinte d'une hémiplégie hystérique des membres du côté droit, sans paralysie ni contracture des muscles de la face.

Hypoesthésie générale de la peau et des muqueuses. Rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels *(fig. 75)*. Abolition du

réflexe pharyngien. Zones spasmogènes très actives sur la région mammaire gauche et dans le creux sous-claviculaire droit. La pression des ovaires est faiblement spasmo-frénatrice.

Le grand reproche qu'on pourrait adresser à l'observation précédente, c'est que les troubles trophiques n'ont pas évolué sous nos yeux, que nous n'avons pas vu l'eschare fessière et que nous n'avons pas constaté l'intégrité des dents au moment de leur chute. Il ne m'en coûte pas d'avouer qu'il y a là un desideratum regrettable. Néanmoins, je pense que le récit de notre malade n'a rien d'invraisemblable. Je serais même tenté de supposer que, l'attention des observateurs étant maintenant dirigée vers cette question, on trouvera dans l'hystérie des troubles trophiques plus graves qu'une eschare superficielle ou que la chute de quelques dents. Il existe dans le curieux ouvrage de Carré de Montgeron [1] des exemples d'œdèmes et d'ulcérations profondes des tissus, guéris miraculeusement sur le tombeau du diacre Pâris. Marguerite-Françoise Duchesne, âgée de vingt-six ans, perdait tous les jours son sang par des vomissements; elle était, en outre, hémiplégique gauche et hydropique par tout le corps. Elle guérit de tous ses maux sur le tombeau du saint diacre; ses membres se désenflèrent sous les yeux d'un grand nombre de spectateurs et reprirent subitement leur élasticité et leur énergie motrice. La demoiselle Thibaut, dont les traits sont reproduits sur la planche VI, guérit de la même façon le 19 juin 1731, d'une hémiplégie droite compliquée d'enflure du ventre, d'œdème des membres et d'ulcérations multiples des mains, des aines et du sacrum. La demoiselle Coirin avait le sein gauche rongé depuis douze ans par un ulcère que les chirurgiens de l'époque considérèrent comme un *cancer*, et les membres du côté gauche atteints d'une paralysie qui avait retiré et desséché les muscles de sa cuisse et de sa jambe. Transportée au cimetière de Saint-Médard le 12 août 1731, elle guérit à la fois de son hémiplégie et de son prétendu *cancer*. Les témoignages qui accompagnent ces observations sont d'une précision telle qu'il est impossible de douter de la réalité des faits matériels qui y sont relatés. La demoiselle Coirin en particulier avait certainement une paralysie des membres du côté gauche et un ulcère du sein gauche. Si elle

[1] Carré de Montgeron, *La vérité des miracles opérés à l'intercession de M. de Pâris et autres appelans démontrée contre Mgr l'archevêque de Sens.* 3 vol. in-4°, Cologne, 1747.

a guéri à la fois de la paralysie et de l'ulcère, n'est-il pas très probable que les deux affections étaient de nature hystérique? Pour ma part, j'en ai la conviction, et je crois, ainsi que je vous le disais au début de cette leçon, que l'étude, à peine ébauchée aujourd'hui, des troubles trophiques dépendant de l'hystérie nous réserve bien d'autres surprises [1].

[1] Voyez à ce sujet : Chantemesse et Widal, *Troubles trophiques liés à l'hystérie et simulant une névrite radiculaire du plexus brachial* (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 28 mars 1890). — Charcot, *L'œdème bleu des hystériques* (*Progrès médical*, octobre 1890). — Athanassio, *Des troubles trophiques dans l'hystérie*, in-8°, Paris, 1890. — Oulmont et Touchard, *Les troubles trophiques dans l'hystérie* (*La Médecine moderne*, 19 février 1891).

FIN DU TOME I.

PLANCHES

Planche I

Expériences relatives aux contractures provoquées chez les hystériques à l'état de veille.

Fig. 1. — Contracture des quatre membres provoquée chez Catherine L... par simple suggestion verbale.

Fig. 2. — Contracture du membre supérieur droit provoquée par l'insufflation légère sur la peau de l'avant-bras de Paule C... Un poids de 5 kil. est suspendu au poignet pour montrer l'énergie de la résistance opposée par la rigidité musculaire.

Fig. 3. — Contracture généralisée de tous les muscles du corps de Paule C... La rigidité est telle, que le corps de la malade reste dans la position horizontale quand on le fait reposer sur deux escabeaux placés l'un sous les talons, l'autre sous la nuque. Cette contracture généralisée a été provoquée par la friction légère et prolongée pendant vingt secondes, de la peau de l'avant-bras droit.

TOME I — PLANCHE I.

FIG. 1.



FIG. 2.



FIG. 3.



Cliché de F. PANAJOU, chef du service photographique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PARIS. Glyptographie SILVESTRE & C

PLANCHE II

Hémiplégie hystérique.

Fac-similé d'une des planches de l'ouvrage de CARRÉ DE MONTGERON *relative au miracle opéré sur Mlle M.-A. Couronneau, le 13 juin 1731.*

Marie-Anne Couronneau, âgée de soixante-huit ans, atteinte depuis six mois et demi de paralysie avec anesthésie du côté gauche et de troubles de la parole à la suite d'attaques apoplectiformes et de convulsions violentes, se rend deux fois, sans résultats, au cimetière de Saint-Médard. Elle ne se décourage pas, et, le 13 juin 1731, elle s'y traîne une troisième fois avec le secours de béquilles et de toute une installation de lanières pour soutenir ses membres paralysés. On la place sur le tombeau du diacre. Aussitôt elle sent une légèreté extraordinaire dans tout le corps et des frémissements dans le côté paralysé; elle lève alors ses béquilles en l'air, marche seule, retourne chez elle sans appui, d'un pas ferme et délibéré, et monte avec une agilité surprenante ses trois étages. Les jours suivants, elle court d'un bout à l'autre de Paris pour se montrer aux personnes de sa connaissance, chercher des malades et les conduire à Saint-Médard.

L'attitude de la malade, l'artifice à l'aide duquel elle soutient et relève son membre inférieur droit, permettent de reconnaître qu'elle était atteinte d'une paralysie hystérique. Jamais les malades frappés d'hémiplégie organique n'emploient de pareils procédés pour obvier aux inconvénients résultant de l'impotence de leurs membres.

PLANCHE II.



MARIE ANNE COURONNEAU

Dont tout le côté Gauche étoit paralitique, va a S.t Medard le 13 Juin 1731 soutenue sur deux bequilles, elle est obligée a chaque pas de se renverser le Corps en arriere, et de faire de violents efforts, en tirant sa jambe gauche en avant avec une lisiere, pour faire avancer par secousses son côté gauche immobile; M.rs BAILLY et BOUDOU Decident que la paralisie de sa jambe Gauche est Complette et parcõsequant absolument incurable

Planche III

Hémiplégie hystérique.

Fac-similé d'une des planches de l'ouvrage de Carré de Montgeron, *relative au miracle opéré sur le sieur Philippe Sergent, le 10 juillet 1731.*

Le sieur Philippe Sergent était atteint depuis près de dix-huit mois d'une hémiplégie droite. Le bras et la main étaient de couleur violette. Les muscles de la jambe étaient amaigris, desséchés; les os du genou étaient soudés ensemble. Les membres paralysés étaient absolument anesthésiques; on pouvait y appliquer des tisons ardents sans que le malade en éprouvât la moindre douleur. Couché sur le tombeau du diacre Pâris, le 10 juillet 1731, le sieur Sergent guérit tout à coup en présence d'une infinité de personnes. A l'instant même, il recouvra l'agilité et la force des membres du côté droit. Cinq jours après, il put reprendre le travail qu'il faisait avant d'être frappé de paralysie.

PLANCHE III.



PHILIPPE SERGENT

Estropie par une anchulose qui avoit soudé les os de son genouil du côte droit, et frappé d'une paralise sur tout ce côté qui lui avoit si fort desseché la jambe et la cuisse, que tous les muscles en étoient applatis et retirez, ce qui faisoit paroître cette jambe de trois doits plus courte que l'autre, se fait conduire en cet état par sa femme le 10 Juillet 1731 au Tombeau de M.r de PARIS.

Planche IV

Pied-bot hystérique.

Fac-similé d'une des planches de l'ouvrage de Carré de Montgeron, *relative au miracle opéré sur la demoiselle Fourcroi, le 14 avril 1732.*

La demoiselle Fourcroi, âgée de vingt-six ans, a été affligée pendant sa jeunesse de nombreuses maladies; elle a eu souvent des vomissements de sang et de matières fécales.

En janvier 1731, voulant pousser son lit avec le pied gauche, ce pied se renversa. A partir de ce jour il resta *ankylosé* dans une position vicieuse et devint le siège de douleurs extrêmement vives. Pour comble de malheur, la malade perdit tout à coup la vue, mais elle la recouvra subitement, quelques jours plus tard, à la suite d'une neuvaine. Cependant la déformation du pied persistait. Le 14 avril 1732, dans le cours d'une attaque convulsive provoquée par l'intercession du diacre Pâris, « le pied reprend sa forme naturelle et recouvre dans le moment autant de souplesse, de vivacité et de force que s'il n'avait jamais été ankylosé ni difforme. »

PLANCHE IV.



LA D.LLE FOURCROI

Déja guérie d'une hidropisie par des convulsions, fait examiner le 9. Avril 1732. son pied gauche, dont les os renversés étoient depuis long-tems soudés à ceux de la jambe Cinq Chirurgiens célébres assemblés à cet effet, déclarent dans leur rap-port : que cette difformité est l'effet d'une anchylose absolument incurable.

Planche V

Contracture hystérique des membres inférieurs.

Fac-similé d'une planche de l'ouvrage de Carré de Montgeron, *relative au miracle opéré sur la demoiselle Aubigan.*

La demoiselle Aubigan avait les deux pieds et les deux jambes déformés. Elle était sujette à des convulsions pendant lesquelles elle réclamait les *grands secours*. Dans une de ces convulsions, elle déclara qu'à un jour déterminé elle frapperait à grands coups de battoir sa jambe droite et que, sous ces coups, Dieu redresserait cette jambe. Le jour indiqué, on conduit la malade chez M. de Rochebouet, curé de Saint-Germain-le-Vieux, à Paris. La convulsionnaire prend son battoir, se frappe la jambe droite à coups redoublés. Dans l'instant, la jambe se redresse et le pied reprend sa position naturelle. La malade annonce alors que dans cinq jours elle fera la même opération sur la jambe gauche. Au jour dit, elle saisit son battoir, et pendant qu'elle s'en frappe de toutes ses forces, cette jambe change de forme, à la vue des assistants émerveillés.

PLANCHE V.



Dieu redresse les jambes crochues de la petite Aubigan, par de violens coups de battoir qu'il lui inspire de se donner sur leur courbure.

Percutiam & ego sanabo

Je frapperai & je guérirai. Deuteron XXXII 39

Planche VI

Troubles trophiques compliquant une hémiplégie hystérique (œdème, ulcérations multiples).

Fac-similé d'une planche de l'ouvrage de Carré de Montgeron, *relative au miracle opéré sur la demoiselle Thibaut, le 17 juin 1831.*

La demoiselle Thibaut, âgée de soixante-cinq ans, était depuis cinq ans atteinte d'une hydropisie du ventre et des membres. Elle avait, en outre, depuis trois ans, une hémiplégie du côté droit. « Ses doigts s'étaient couverts d'ulcères, et il s'était fait de profondes plaies d'une odeur cadavéreuse et empestée, tant au pli de son bras gauche qu'aux aines et au bas des reins. » C'est dans cet état qu'elle fut portée, le 19 juin 1731, sur le tombeau du diacre Pâris. Au bout d'un quart d'heure, son bras paralytique, son ventre, ses jambes et ses pieds se désenflent sous les yeux des spectateurs. Elle recouvre l'usage de tous ses membres : elle se lève, marche et monte le jour même un escalier difficile. Au bout de huit jours, elle jouit d'une santé plus parfaite qu'avant le commencement de tous ses maux.

PLANCHE VI.



LA DEMOISELLE THIBAUT

Avoit le ventre enflé par un squire d'une grosseur enorme, les jambes grosses come le corps d'un enfant, les pieds tous ronds gros comme la tête, le coté gauche en paralisie complete, les doits de la main gauche anchilosez, très ecartez, et couverts d'ulceres; La malade en cet etat se fait coucher au bas du Tombeau de Mr. de PARIS le 19 Juin 1731 sur un drap destiné à l'ensevelir si elle mouroit, et fait meltre sur la Tombe les pentoufles qu'elle s'etoit fait faire en cas de guerison. Sa servante incredule se mocque de la foy de sa maitresse.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME I

TROISIÈME LEÇON

Étiologie de l'hystérie (causes occasionnelles).

QUATRIÈME LEÇON

Étiologie de l'hystérie (conditions de production des épidémies).

CINQUIÈME LEÇON

Nosographie de l'hystérie.

SIXIÈME LEÇON

De l'anesthésie cutanée des hystériques.

SEPTIÈME LEÇON

De l'anesthésie cutanée des hystériques.

HUITIÈME LEÇON

Anesthésie hystérique des membranes muqueuses, anesthésies de l'odorat et du goût.

NEUVIÈME LEÇON

Anesthésie hystériques de l'ouïe et de la vue.

DIXIÈME LEÇON

Distribution topographique des anesthésies hystériques.

ONZIÈME LEÇON

Anesthésies hystériques des os, des muscles et des viscères.

DOUZIÈME LEÇON

Instabilité des anesthésies hystériques ; agents esthésiogènes.

TREIZIÈME LEÇON

Théories des actions esthésiogéniques.

QUATORZIÈME LEÇON

Localisation fonctionnelle des anesthésies hystériques.

QUINZIÈME LEÇON

Des hyperalgésies hystériques.

SEIZIÈME LEÇON

Des hyperalgésies hystériques.

DIX-SEPTIÈME LEÇON

Des attaques convulsives de l'hystérie vulgaire.

DIX-HUITIÈME LEÇON

Des attaques convulsives frustes et anormales.

DIX-NEUVIÈME LEÇON

Des zones spasmogènes.

VINGTIÈME LEÇON

Des zones spasmogènes.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

Physiologie pathologique des attaques convulsives.

VINGT-DEUXIÈME LEÇON

Traitement des attaques convulsives.

VINGT-TROISIÈME LEÇON

Des tremblements hystériques.

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

Des spasmes rythmiques hystériques (spasmes localisés et tics hystériques).

VINGT-CINQUIÈME LEÇON

Des spasmes rythmiques hystériques (spasmes systématisés ou gesticulatoires).

VINGT-SIXIÈME LEÇON

Des spasmes rythmiques hystériques (spasmes respiratoires).

VINGT-SEPTIÈME LEÇON

Des spasmes rythmiques hystériques.

VINGT-HUITIÈME LEÇON

Du mutisme et du bégaiement hystériques.

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

Des contractures provoquées chez les hystériques.

TRENTIÈME LEÇON

Des contractures hystériques spontanées.

TRENTE ET UNIÈME LEÇON

Des paralysies hystériques.

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

Des monoplégies hystéro-traumatiques.

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

Des hémiplégies hystériques.

TRENTE-QUATRIÈME LEÇON

Des paraplégies hystériques.

TRENTE-CINQUIÈME LEÇON

Du pseudo-tabes hystérique.

TRENTE-SIXIÈME LEÇON

Des troubles trophiques dans l'hystérie.

EXPLICATION DES PLANCHES

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME I

A

D

E

F

G

H

I

L

M

Bordeaux. — Imp. G. Gounouilhou, rue Guiraude, 11.